

Medische praktijkvoering en zelfevaluatie bij Belgische huisartsen en specialisten

Citation for published version (APA):

Prove, W. (1979). *Medische praktijkvoering en zelfevaluatie bij Belgische huisartsen en specialisten*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg.
<https://doi.org/10.26481/dis.19791214wp>

Document status and date:

Published: 01/01/1979

DOI:

[10.26481/dis.19791214wp](https://doi.org/10.26481/dis.19791214wp)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

MEDISCHE PRAKTIJKVOERING EN ZELFEVALUATIE BIJ BELGISCHE HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor in de sociale wetenschappen aan de Rijksuniversiteit van Limburg, op gezag van de Rector Magnificus Dr. W.H.F.W. WIJNEN, hoogleraar in de faculteit der geneeskunde, in het openbaar te verdedigen in de aula der universiteit op vrijdag 14 december 1979 des namiddags te 16.00 uur precies.

door

WALTER PROVÉ
geboren te Beervelde (België)

Gent 1979

Promotor : Prof. Dr. H. PHILIPSEN

**Referenten : Prof. Dr. W. BROUWER
Prof. Dr. J.A.A. VAN DOORN**

*Aan mijn moeder
en wijlen mijn vader.
Aan Marthe en Johan.*

1931.

"Er is geen vak voor hetwelk de belangstelling zoo algemeen is als de geneeskunde, omdat ze de beschermster is van het opperste wereldsche geluk..."

(Dr.J.LEBEER : "Over moderne geneeskunde"
Brussel)

1976...

blijkt niet iedereen er gelukkig mee dat zich bij die schare van belangstellenden, sociologen hebben gevoegd : "... vooral als het er op aan komt de werkelijke belangen te verdedigen van een welbepaalde kwaliteitshuis-artsengeneeskunde, schiet men schromelijk te kort of slaat men zelfs helemaal de bal mis... Hoe zou het ook anders kunnen indien men zich laat verdedigen door een jurist of vooral door een socioloog".

(Dr.E.CORNELIS - Artsenkamer Dr.WIJNEN in :
"De Standaard" 8-1-1976)

DANK

Het is mij een oprechte vreugde allen te danken die bijgedragen hebben tot de verwezenlijking van deze studie.

Dat mijn diepe dank vooraf naar mijn onlangs overleden Hooggeleerde Leermeester, Professor Dr. J. HAESAERT gaat, zal niemand mij ten kwade duiden. Hij is het immers die mij langs het werk van E. JACO : "Patients, Physicians and Illness" dat hij mij in 1963 ten geschenke gaf met de woorden: "Op dit terrein valt nog alles te doen" in de immense wereld van de medische sociologie binnenloodste.

Dank ook voor elk college dat hij afsloot met wetenschappelijke twijfel.

Wanneer we dan in de loop der jaren geleidelijk een eigen bibliotheek op medisch-sociologisch gebied opbouwden en na moeizaam verzamelen en verwerken van onderzoekingsmateriaal deze verhandeling kunnen voorbrengen, aanzie ik het als een grote plicht mijn diepste eerbied aan J. HAESAERT te betuigen.

Naar Professor Dr. H. PICARD, Directeur van het Seminarie voor Statistiek van de Rijksuniversiteit te Gent gaat mijn zeer bijzondere attentie voor de enorme faciliteiten die hij mij verleende mijn proefschrift uit te werken en te voltoeien en voor zijn kritische inbreng in de verwerking van de cijfergegevens.

Vervolgens dank ik met bijzondere gevoelens de Hooggeleerde Heer Professor Dr. J.A.A. VAN DOORN, Hoogleraar aan de Erasmusuniversiteit te Rotterdam. Hij las met de meeste bereidwilligheid en belangstelling een eerste versie van mijn proefschrift en wees mij terecht op heel wat gebreken. Dank zij hem kon ik voor verdere uitdieping steunen op de bijzonder harde, doch uiterst leerzame kritieken van mijn Promotor, Professor Dr. H. PHILIPSEN, Hoogleraar aan de Medische Faculteit te Maastricht.

De kritische distantie ten aanzien van mijn werk, Waarde Promotor, uw ijskoude opmerkingen en dwingende zoekopdrachten, lieten mij uw leermeesterschap naar waarde schatten : "du choc des idées jaillit la lumière".

Voor dit wetenschappelijk avontuur, dat mijn uiterste inzet heeft opgeëist, ben ik U zeer erkentelijk.

Voor het gezag waarmee U, Professor Dr. W. BROUWER, mijn proefschrift hebt beoordeeld, voel ik mij zeer verplicht.

Professor Dr. Edw. ROSKAM, Hoogleraar aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen ben ik diepe dank verschuldigd voor de bijzondere belangstelling waarmee hij mijn onderzoekgegevens heeft onderzocht naar hun vatbaarheid voor een multidimensionele benadering.

Aan Chris BLOOS, wetenschappelijk medewerker aan het Sociologisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Leiden, mijn innigste dank. Hij is het die, met zijn technisch-wetenschappelijke geest, zijn onverdroten ijver en eindeloos geduld alle onderzoekingsmateriaal door de Leidse computer heeft gejaagd. De ransuilen weten er van mee te spreken...

Aan Mevr. Yvette VAN BAVINCHOVE-OSSOLA, werkleidster bij het Seminarie voor Statistiek van de Rijksuniversiteit te Gent, die steeds ten strijde trok voor de "serieuze artsen" (die wij "technici" noemen) en nooit akkoord was met de opvattingen van de "niet-serieuze artsen" (die wij, QUERIDO indachtig, zeer waarderen) diepe dank. Zij betekende nu eens met haar schertsend kritische taal, dan weer met haar bemoedigende warme woorden, voor ons steeds een echte steun.

Pierre VAN EECKHAUT, assistent aan hetzelfde Seminarie, dank ik voor zijn gevatte, spirituele tussenkomsten.

Voor de zorg, besteed aan dit drukwerk, dank ik oprecht de heer J.P. PATIJN, correspondent bij het Seminarie voor Statistiek en ook het personeel van de Centrale Bibliotheek van de Rijksuniversiteit te Gent.

De artsen die door hun welwillend antwoord aan het welslagen van deze studie hebben meegewerkt, ben ik zeer erkentelijk.

Aan de voordracht van deze studie moet ik evenwel een duidelijk "mea culpa" hechten. Het veldonderzoek werd afgesloten in 1968. Een aantal omstandigheden, alle hier moeilijk te vernoemen, droegen in aanzienlijke mate bij tot een vertraagde rapportering. Ook mijn persoonlijke strakke houding ten aanzien van een aantal statistische verwerkingsmogelijkheden, waar mijn Promotor mij terecht heeft op gewezen, noopten mij tot een grondige herziening ten goede.

Innige dank vervolgens aan mijn vrouw, die met haar uiterste zin voor orde, mijn slordigheid wist op te vangen en wel en wee van het ganse onderzoek gedurende vele jaren in vaak moeilijke omstandigheden heeft gedeeld.

Tenslotte denk ik aan mijn 84-jarige kommervolle, goede moeder. Voor haar ben ik diep gelukkig dat zij deze gebeurtenis heeft mogen beleven.

INHOUD

	Blz.
DANK.	VII
DEEL I. DE RANDMEDISCHE CONTEXT VAN DE PRAKTIJK- VOERING.	1
HOOFDSTUK I. PROLOOG.	3
1.1. Inleiding.	3
1.2. Probleemstelling.	13
1.3. Opzet van het onderzoek.	14
1.4. Afbakening van het onderzoek.	15
1.5. De vragenlijst.	19
1.6. Het vooronderzoek.	20
1.7. Het eigenlijk onderzoek.	21
1.8. Voorbereiding van het onderzoekingsmateriaal.	25
1.8.1. Diplomajaar, aantal jaren praxis, leeftijd.	25
1.8.2. Sociale herkomst.	26
1.8.3. Het ecologisch en sociaal milieu van de praktijkvestiging.	27
1.8.4. Aard van de medische praxis.	28
1.8.5. Het medisch specialisme.	29
HOOFDSTUK II. MAATSCHAPPELIJKE EN PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN VAN DE PRAKTIJKVOERING.	
Inleiding.	30
2.1. Evaluatie van de genoten academische opleiding.	31
2.1.1. Beoordeling van de medische opleiding.	33
2.1.2. Inhoud van de kritiek.	34
2.2. De praktijkvoering.	36

2.2.1. Randmedische informatie : routine of casuïstiek ?	37
2.2.2. De paramedische infrastructuur.	37
2.2.2.1. Aan wie hoort het randmedische informatie te verzamelen ?	39
2.2.2.2. Paramedici in de private praxis.	39
a. Tewerkstelling van paramedici in de private praxis.	40
b. Het verwijzen.	42
2.2.2.3. Evaluatie van de ervaren paramedische tussenkomst.	43
Samenvatting.	44
2.2.3. Medisch teamwerk.	45
2.2.3.1. Evaluatie van de samenwerking.	45
2.2.3.2. Evaluatie van de gedeelde verantwoordelijkheid.	46
2.2.4. Groepspraktijk of individuele praktijk.	47
2.2.4.1. Inleiding.	47
2.2.4.2. Resultaten van het onderzoek. - De voorkeurshouding.	49

HOOFDSTUK III. OORDELEN OVER DE SOCIAAL-PSYCHOLOGISCHE ACHTERGRONDEN EN DE PREVENTIE IN DE PRAKTIJKVOERING.

Inleiding.	52
3.1. Specialisatie en sociaal-psychologische context van de praxis.	53
3.2. Waardering van het preventief element.	55
3.2.1. Houding van de arts ten aanzien van een aantal geïstitutionaliseerde medisch-preventieve voorzieningen.	56
3.2.2. Waardering van het preventief element in eigen praxis. Zelfevaluatie.	58

3.3. Waardering van het curatief element in de praxis.	64
3.4. Specialisatie en verantwoordelijkheid van de huisarts.	65

DEEL II. DE ZELFEVALUATIE VAN DE ARTS.	69
--	----

HOOFDSTUK IV. ZELFEVALUATIE VAN DE ARTS IN EEN AANTAL ROLCOMPONENTEN.

4.1. Inleiding.	71
4.2. De factoranalyse.	74
4.3. De sociaal-integratieve rolcomponent.	75
4.3.1. Inleiding.	75
4.3.2. Resultaten van het onderzoek.	77
4.4. De informatieve rolcomponent.	79
4.4.1. Inleiding.	79
4.4.2. Resultaten van het onderzoek.	82
4.5. De sociaal-opvoedende rolcomponent.	88
4.5.1. Inleiding.	88
4.5.2. Resultaten van het onderzoek.	90
4.6. De psycho-therapeutische/'magische' rolcomponent.	96
4.6.1. Inleiding.	96
4.6.2. Resultaten van het onderzoek.	100
4.7. Samenvatting.	106

HOOFDSTUK V. SYNTHESE.

Inleiding.	108
5.1. Invloed van achtergrondvariabelen op opinies, attitudes en evaluaties.	109
5.1.1. Algemeen.	109

5.1.2. Specialisme en leeftijd als verklarende factoren voor een aantal afzonderlijke attitudes en evaluaties.	113
1. Het routinematig betrekken van veel/weinig randmedische informatie in de praxis.	113
2. Voorkeur voor de individuele of voor de groepspraktijk.	113
3. Ondanks het toenemend aantal specialisten, blijft de verantwoordelijkheid van de huisarts over een langere termijn bestaan.	114
4. Helpen/genezen is de belangrijkste opdracht van de arts.	115
5. Identificeren zich zeer duidelijk/slechts zwak in de informatieve rolcomponent.	116
6. Verklaan dat de academische opleiding die zij genoten, adequaat/niet adequaat is geweest.	116
7. Verklaan gunstige ervaring/geen dergelijke ervaring te hebben met het optreden van hulpkrachten in eigen praxis.	117
8. In de academische opleiding moet het accent op de algemeen medische vorming/op specialisatie worden gelegd en in de praxis moet de psycho-sociale context (niet) worden betrokken.	117
Samenvatting.	118
5.2. Multidimensionele verklaring.	119
5.2.1. Inleiding.	119
5.2.2. Opzet van de resultaten der analyse.	121
5.2.3. De drie dimensies.	123

1. Eerste dimensie : individualistische hulp- verlening.	123
a. Omschrijving en benoeming.	123
b. Rangorde.	124
2. Tweede dimensie : integrale geneeskunde.	128
a. Omschrijving en benoeming.	128
b. Rangorde.	129
3. Derde dimensie : waardering van gekwali- ficeerde hulpkrachten.	132
a. Omschrijving en benoeming.	132
b. Rangorde.	133
5.2.4. Interdimensionele rangorde.	137
5.2.5. Schematische voorstelling van de totaal- structuur per specialisme naar leeftijds- categorie.	140
5.3. Beknopt overzicht van de poging tot profile- ring.	147
SAMENVATTING.	151
SUMMARY.	155
NOTEN.	159
APPENDIX.	165
Appendix I : Statistische verwerking	167
Appendix II : Significante relaties met het beoefend specialisme	171
Appendix III : Frequentietabellen: signifi- cante relaties	189
Appendix IV : Geroteerde factormatrix	203
Appendix V.1 : Stapsgewijze meervoudige regressie	205

Appendix V.2.: Standaardscores	207
Appendix VI.1: Lijst der afhankelijke variabelen, betrokken in de multidimensionele schaalanalyse	216
Appendix VI.2: Eindconfiguratie(MINISSA-I(N))	218
Appendix VI.3: Frequentieverdeling van de scores der artsen per dimensie	219
Appendix VI.4.1.: 1e Dimensie(samenstelling)	220
Appendix VI.4.2.: 2e Dimensie(samenstelling)	221
Appendix VI.4.3.: 3e Dimensie(samenstelling)	222
Appendix VI.4.4.: Scores en rang der onderscheiden specialismen in de dimensies	223
 VRAGENLIJST	 230
 GERAADPLEEGDE LITERATUUR	 253

DEEL I

DE RANDMEDISCHE CONTEXT VAN
DE PRAKTIJKVOERING.

HOOFDSTUK 1. PROLOOG.

1.1. INLEIDING.

De laatste vier à vijf decennia is de ontwikkeling van de medische kennis de weg ingeslagen van een streng wetenschappelijke benadering van ziekteverschijnselen.

Met het oog op een betere medische zorg, werd het accent gelegd op een meer rationele therapie, die evenwel aan bepaalde kwalitatieve eigenschappen heeft ingeboet. Immers de arts die zich in zijn vak zo competent mogelijk wenste te houden, zag zich verplicht tot de keuze van één specifiek terrein, waarin hij een grondige kennis poogde te verwerven. Dergelijke beperkingen leiden niet enkel tot specialisatie in de praxis, maar ook tot een specialisatie in de opleiding.

Daardoor werd het doel van de medische zorg nl. de zieke, verdrongen door de aandacht naar de grondige kennis van een deel van de medische wetenschap m.a.w. het specialisme als medisch-technisch middel.

Zieken zijn echter niet enkel objecten van medisch-technische betekenis. Een verbijzondering van de wetenschappelijke kennis en van de intellectuele belangstelling voor onderzoek van het detail, kan ten koste gaan van enige aandacht voor de sociaal-culturele en sociaal-psychologische omgeving van de mens.

Dit betekent geenszins dat de arts ook in deze bevoegd zou zijn. Dit is onmogelijk. Wel dient gesteld te worden dat hij zowel in zijn gedragingen als in zijn instelling t.o.v. de patiënt en diens aandoening deze wetenschappelijke context op zijn minst weet te waarderen.

Het specialisatieproces bood echter, zoals hierboven reeds vermeld, geen vruchtbare bodem aan de beoefenaren van de medische praktijk om zich deze kwaliteiten te kunnen toe-eigenen. Dit is te verklaren uit de onderscheiden fasen die de specialisatie heeft doorgemaakt.

"Cela ne présente aucun inconvénient quand le spécialiste possède une culture médicale générale, quand il n'est pas borné à sa branche et qu'il en connaît les limites. Toutefois, il est clair qu'un médecin n'ayant toute sa vie, sous les yeux qu'un groupe étroitement limité de maladies, court le danger de devenir exclusif, de ne tendre à soigner que son organe spécialisé et à ne pas toujours accorder une attention suffisante à l'homme souffrant, qu'est la malade". (SINGERIST, H.E., 1932).

Om technische topprestaties op specialistisch gebied te bereiken, blijft verdere specialisatie dus hoogst geboden, maar dan moet ze worden opgebouwd op een reeds voorheen verworven, bepaald voldoende brede kennis op algemeen medisch gebied.

De hooggespecialiseerde arts mag echter slechts optreden, na een grondig algemeen medisch onderzoek van de patiënt, waaruit blijkt dat specialistisch optreden wenselijk is.

Bepaalde rechtvaardigingen en motiveringen pleiten ten gunste van de specialisatie, dus betere (technische) zorg voor de patiënt, grotere bedrevenheid van de arts, precies klinisch-biologisch onderzoek, enz... Toch kunnen deze afzonderlijke oogmerken, hoe perfect ze ook worden nagestreefd en bereikt, moeilijk tot één geheel worden samengesmeed.

"Durch eine Sammlung von einzelnen Laboratoriumsdaten kann niemals die Schöpferische Aufgabe einer individuellen Beurteilung des einzelnen Kranken Mensch ersetzt werden". (HOFF, F., 1954).

Diagnose en behandeling van de patiënt als totale persoon eisen nu wel vaak de deelname van gespecialiseerde artsen, doch deze activiteiten moeten gecoördineerd en geïntegreerd worden, wil de patiënt er baat bij vinden. Immers, de analyse van de onderscheiden problemen die bij de ziekte van een patiënt kunnen opdagen, kan zodanig fragmentarisch zijn, dat het moeilijk wordt de resultaten ervan opnieuw samen

te stellen (ROBINSON, G.C., 1939). In medische middens is men zich hiervan bewust.

"Hier bestaat durchaus die Gefahr, dass die wirkliche Beherrschung mit dem technische Fortschritt nicht Schritt hält und dass wir Ärzte die neuen Methoden nicht souverän in unseren Dienst nehmen, sondern dass diese technischen Fortschritte uns in den Dienst nehmen. Was wir meinen, wird wohl sogleich verständlich, wenn wir von der Gefahr der Technisierung der Medizin, von einer Fließband Medizin sprechen, bei der zahlreiche technische Methoden mechanisch und gedankenlos nacheinander angewandt werden, ohne dass zunächst der Kranke Mensch in seiner leib-seelichen Einheit wirklich erfasst wird..." (HOFF, F., 1954).

Het groeiend probleem, veroorzaakt door de steeds verder uitdijende specialisatie kan dan teruggeleid worden tot :

- een aantasting van de traditionele persoonlijke verhoudingen die uit het continue contact tussen arts en patiënt zijn gegroeid en
- tot het fragmentarisch onderzoeken en behandelen van de patiënt in de samenstellende delen, waar elk specialisme haar enig object van maakt.

In 1922 stelde L.F.BARKER reeds een balans op van de voor- en nadelen van specialisatie die nu nog steeds blijken te gelden. De voordelen betreffen vooral de technische en louter curatieve facetten van de medische praxis : verhoging van de produktiviteit, grotere bedrevenheid en nauwkeurigheid in de interventie van de arts, betere distributie van de taken, doelmatigheid op het gebied van de medische uitrusting. De nadelen liggen op het menselijk en sociaal vlak : patiënten zoeken vaak specialisten die ze niet nodig hebben (leken-diagnose), falen in het streven naar voldoening in de samenwerking tussen huisarts en specialist (bvb. generatie- en karakterverschillen), engheid en monotonie van de specialistische praxis, die eerder op stukwerk gaat gelijken, zelfoverschat-

ting van de specialist.

Ook SIGERIST (1932) benadrukt de gevaarlijke *technisation de l'art médical* wat H.NEUFFER (1958) er toe aanzet te verklaren :

"Wenn der Facharzt sich nur für sein Fach interessiert, so wird es ihm immer Schwerer fallen, hinter den speziellen Krankheitserscheinungen die Krankheit auch als ein subjektive Erlebnis des Patienten zu würdigen".

Indien de steeds verder doorgedreven specialisatie absoluut noodzakelijk is, dan is het even noodzakelijk dat de tekortkomingen ervan moeten worden verholpen...

"en donnant à tout étudiant en médecine, sans tenir compte de ce que sera sa branche future, une formation médicale générale aussi profonde et aussi universelle que possible"

(SIGERIST, H.E., 1932).

De inzet van de onderscheiden specialistische interventies zal eerst dan volwaardig aan de absolute noodzaak van een benadering van de patiënt als gehele persoon beantwoorden.

Het alternatief door W.M.JOHNSON (1950) vermeld, dat de nadelen van de specialisatie kunnen omzeild worden indien de specialist eerst als algemeen geneeskundige zou starten en gradueel in zijn specialisme opgroeit, hebben we in ons onderzoek ontmoet. Is het aantal specialisten dat in dit geval verkeert evenwel klein, dan toch menen we de waarde van deze eerder toevallige sequentie te moeten onderstrepen.

Een feit staat op het huidig ogenblik vast. Het specialisatieproces is lang niet voltooid en zal nog veel verder reiken.

Dit menen we te kunnen concluderen uit de evolutie van het aantal artsen-specialist in België. (De cijfers in tabel 1 zijn het resultaat van eigen tellingen daar officiële statistieken niet beschikbaar zijn).

Een eerste vaststelling is dat, in een tijdsverloop van amper negen jaar, het aantal specialisten met 41% steeg. Enkele voorbeelden volstaan : het aantal klinische biologen steeg in deze periode met 68%; de internisten dikten aan met 63%, de neuropsychiaters met 98% en de radio-radiumtherapeuten zijn meer dan verdriedubbeld.

Tabel 1. Aantal specialisten in 1966 en 1974.

Specialisme	Aantal specialisten		Procentuele stijging
	1966	1974	
Anesthesisten	317	480	51.4
Klinische biologen (1)	263	441	67.7
Cardiologen	214	237	10.7
Chirurgen	774	1044	34.0
Huidspecialisten en specialisten in geslachtsziekten	184	249	35.5
Maag- en darmspecialisten	90	90	0.0
Gynaecologen en obstr.	388	564	45.4
Internisten	553	901	62.9
Neuropsychiaters	333	659	97.9
Oogartsen	368	494	34.2
Orthopedisten	140	208	48.6
Keel-, neus- en oorspec.	252	309	22.6
Kinderartsen	478	682	42.7
Fysiotherapeuten (1)	230	267	16.1
Longartsen	152	164	7.9
Röntgenspecialisten	420	488	16.2
Reumatologen	19	30	57.9
Mondartsen	250	258	3.2
Urologen	73	116	58.9
Radio-radiumtherapeuten	38	121	218.4
Totaal	5536	7802	40.9

Een vergelijking met nederlandse statistieken is moeilijk rechtstreeks door te voeren daar voor Nederland officiële cijfergegevens per specialisme ter beschikking staan; ook de terminologie van de specialismen wijkt vaak af van de belgische.

Het gegeven was echter voldoende belangrijk om toch een poging tot vergelijking te wagen. Er dient echter rekening te worden gehouden met volgende beperkingen :

- slechts die specialismen die onder een identieke benaming voorkomen en die vermoedelijk hetzelfde specialisme aanduiden, worden in onderstaande tabel opgenomen; daarom wordt ook niet getotaliseerd.
- de vergelijkingsperiode voor Nederland loopt over 6 jaar (1968 tot 1973), voor België over 9 jaar (1966-1974).

Tabel 2. Aantal specialisten in Nederland in 1968 en 1973.

Specialisme	Aantal specialisten		Procentuele stijging
	1968	1973	
Anesthesisten	254	355	39.8
Cardiologen	124	159	28.2
Chirurgen (+plastische en neuro-chirurgie)	576	673	16.8
Huidspecialisten en specialisten in geslachtsziekten	213	229	7.5
Maag- en darmspecialisten	24	20	-
Gynaecologen-verlosk.	304	373	22.7
Internisten	720	893	24.0
Neurologen+psychiaters	932	1075	15.3
Oogheelkundigen	256	313	22.2
Orthopedisten	126	151	19.8
Keel-,neus- en oorspec.	247	290	17.4
Kinderartsen	353	424	20.1
Revalidatie en fysioth.	68	94	38.2
Longartsen (+tuberculose)	269	286	6.3
Reumatologen	51	57	11.8
Urologen	66	100	51.5

Vooraf nog volgende algemene vergelijking tussen Nederland en België :

Totaal aantal specialisten		
Nederland	België	
1968 : 5113	1966 : 5536	
1973 : 6110	1974 : 7802	% stijging : 40.9
		% stijging : 19.8

In 1966 waren er in België reeds duidelijk meer specialisten dan in 1968 in Nederland. Hier kunnen zowel andere opleidingsprogramma's, een andere onderwijsstructuur, als de vrije toegang tot het specialisme deze situatie in de hand hebben gewerkt.

Uit de tabellen 1 en 2 lezen we af dat, zo we aannemen dat de benaming van de specialismen in beide landen dezelfde inhoud dekt, slechts voor vijf specialismen de cijfers voor Nederland in 1968, die van België in 1966 overtreffen. Opvallend is wel het groot aantal neuropsychiaters in Nederland (in 1963 bijna het dubbele van het aantal in 1966 voor België) waarvoor de stijging over de beschouwde periode van 6 jaar niet zo sterk is. Een vertraagde groei is de laatste jaren wel vast te stellen. Hiertegenover staat de uiterst sterke stijging van het aantal neuropsychiaters in België, waar blijkbaar een achterstand moest worden ingehaald.

Opmerkelijk sterk is ook de groei van het aantal cardiologen, oogartsen, anesthesisten, internisten, fysiotherapeuten en urologen in Nederland, specialismen die, behoudens de eerste twee vernoemde, ook in België een gevoelig accres vertonen.

De pneumologen (longartsen) kennen in beide landen de kleinste groei.

Tenslotte wijzen we op de gastro-enterologie. Dit specialisme bestaat blijkbaar in beide landen enkel nog bij naam. Vermoedelijk staan we hier voor een verschijnsel van overspecialisatie waardoor het werkterrein van de internist overmatig werd ingekrompen. Het 'opnieuw, inlijven van deze specialisten bij de inwendige geneeskunde, verklaart dan ook de duidelijke aangroei in dit specialisme.

In zover de cijfers vergelijkbaar zijn, treden verder geen noemenswaardige gelijkenissen meer op.

Een tweede vaststelling van dit ontwikkelingsproces stemt ook tot nadenken, met name, het groeiend aantal subspecialismen. Frequent worden door de artsen een niet te veronachtzamen aantal van deze bijzondere specialismen vermeld. Zij figureren (nog) niet in de lijst van de officieel erkende specialismen, maar enkel het feit dat de artsen ze benadrukkend vermelden, duidt o.i. op een vraag om erkenning. Wanneer en of er ooit een officieel erkende lijst van alle hierna ver-
noemde subspecialismen tot stand zal komen, blijft een vraag-
teken (2).

Uit het onderzoek konden we derhalve volgende
lijst samenstellen :

allergologie	geriatrie	psychosomatiek
bacteriologie	histologie	reanimatie
biochemie	homeopathie	sexuologie
oncologie	nephropathie	cytologie
diëtiëk	nucleaire geneeskunde	soc.hygiëne
diabetes	ostheopathie	sportgeneesk.
embryologie	phelologie	toxicologie
endocrinologie	phtysiologie	traumatologie
funkt.readaptatie	psychoanalyse	virologie
genetiek		

We staan dus voor de feitelijke toestand dat reeds heel wat artsen uiterst doorgedreven subspecialismen beoefenen en de medische wetenschap in haar fijnste geledingen op het vlak van de toepassing wordt gebracht. Uit deze evolutie menen we te mogen afleiden dat er wellicht voldoende bekwame specialisten zijn, maar dat het, rekening gehouden met de hoge eisen die van patiëntenzijde worden gesteld, wellicht moeilijker is bekwaam huisarts te zijn.

Nochtans is er een grote nood aan :

"Peut-être le phénomène s'inversera-t-il un jour et les médecins universels apparaîtront-ils extérieurement aussi ce qu'ils sont en réalité, c'est-à-dire la troupe d'élite du corps médical". (SINGERIST, H.E., 1932).

De artsen worden er echter niet doelgericht voor opgeleid. Hoogstens bezitten sommigen een feeling; de meesten moeten die vaardigheid verwerven langs de *difficult long-run way* van de professionalisering.

1.2. Probleemstelling.

Op grond van voorgaande overwegingen en vaststellingen zijn we geneigd te verklaren dat de specialist in België de gezinsarts is komen verdringen.

Immers, de gezinsarts die voorheen alle leden van een gezin behandelde, bestaat nog nauwelijks. De kinderarts behandelt de kinderen, de ouderen gaan, zelfs voor een gewoon ongemak, rechtstreeks naar de internist.

Het fragmentarisch benaderen van de individuele patiënt is voltrokken, waardoor de continuïteit van een begrijpende medische zorg wordt belemmerd, zo niet onmogelijk gemaakt. De uiterst technische bekwaamheden waarmee de onderscheiden specialisten de patiënt benaderen, vormen een hinderpaal voor een begrijpende houding t.o.v. de patiënt als gehele le persoon. Het organisme van de patiënt staat primair, zijn maatschappelijke essentie secundair.

Het gevaar schuilt echter niet enkel in de specialisatie op zichzelf, maar moet ook worden geplaatst in de uitbouw van het systeem van de medische zorg.

Hierboven wezen we reeds op de stugheid van sommige huisartsen inzake verwijzing. Maar anderzijds - en dit spruit voort uit de heersende situatie te lande - kan elke patiënt zich rechtstreeks tot om het even welke specialist wenden, zij deze nu al dan niet de gepaste man. In Nederland kan, behoudens voor de oogarts, de patiënt enkel via de huisarts bij de specialist terecht.

Ons systeem houdt aldus twee risico's in :

- de patiënt wordt door de vrije bereikbaarheid van de specialist aangezet zijn eigen diagnose te stellen en poogt dan de gepaste specialist uit te kiezen, waarbij aangepaste medische zorg vaak wordt uitgesteld;
- de aangezochte specialist ziet enkel zijn onderzoeksgebied waardoor de patiënt gelooft dat verder alles in orde is.

Meteen dringt zich hier een kapitale vraag op.

Tot welke graad van specialisatie mag worden opgeklommen om de vervreemding van de patiënt als maatschappelijk wezen te voorkomen ? We nemen immers aan dat niet alle specialisatie per se naar isolement van de patiënt leidt, maar dat, tussen de specialistische gebieden in dit opzicht verschillen bestaan.

Specialistische kundigheden kunnen immers zeer gearticuleerd of zeer technisch zijn, terwijl andere per definitie de maatschappelijke omgeving van de patiënt niet kunnen negeren. Noemen we hier bij wijze van voorbeeld de kindergeneeskunde, waar ook mede de moeder patiënte kan zijn of de psychiatrie waarin maatschappelijke en psychische factoren onlosmakelijk met de ziekte zijn verweven.

Elk specialisme vertoont enkele karakteristieken waarin het zich in dit opzicht onderscheidt van een ander specialisme.

In deze problematiek pogen we in onderhavige studie enige klaarheid te brengen.

1.3. Opzet van het onderzoek.

Het professionaliseringsproces mag echter niet uitsluitend in de hiervoor vermelde enge begrenzing worden gezien. Rekening moet worden gehouden met de opeenvolgende fasen die naar de status van praktizerende arts hebben geleid.

Onmiddellijke omgevingsfactoren (opvoeding, sociaal milieu, maar ook de zogenaamde roeping) kunnen de keuze tot het artseneroep helpen meebepalen. Immers, een roeping, een prestigegevoel (waardering van anderen), gevoel voor erkenning, enz. of personen (vader-arts, huisarts, leraar, enz.) én/of gebeurtenissen (eigen ziekte, ziekte van anderen, oorlogsomstandigheden, enz.) kunnen het individueel gedrag een stuwend karakter geven in de richting van een toekomstige bestemming. Uiteraard is dit streven een hoogst subjectieve aan gelegenheid met sterk sociale inslag omdat de oorsprong ervan in sociale groepen te plaatsen is.

Vanuit dit standpunt valt aan het begrip 'professionalisering' dan de ruime betekenis van een totaal proces toe te kennen, dat ergens in de tijd aanvangt, zonder dat de grenzen ervan kunnen worden vastgelegd (3).

Een passieve aanloop tot de professionalisering kan de academische opleiding worden genoemd. In deze fase wordt immers aan de toekomstige arts niet enkel de basiskennis bijgebracht, maar wordt bovendien, vaak niet-intentioneel, langs een stel van relatiepatronen in de opleiding om, aan de informele socialisatie van het beroep richting geven.

Dan volgt het ogenblik waarop de status van praktiserende arts wordt bereikt. De relatiepatronen met collega's, met adviserend, verzorgend en verplegend personeel of diensten en met patiënten krijgen een andere inhoud.

Genoemde situaties in de opeenvolgende fasen der statussequentie hebben immers in mindere of meerdere mate, hun stempel gedrukt op het professionaliseringsproces. De beoefenaren hebben in de loop van deze ontwikkeling een onoverzichtelijk en uiterst gedifferentieerd aantal sociale relaties met personen en groepen. Ook zijn zij betrokken in een even gevarieerd aantal situaties, die alle referentie-

punten kunnen zijn voor het tot stand komen van karakteristieke attitudes en gedragingen. Hierin staat het contact met patiënten uiteraard dan toch centraal.

Tijdens dit proces en binnen de beperkte *rolomschrijving* van de arts-patiënt relatie ontwikkelt zich als reflectie op de rolverwachtingen van anderen (de patiënt) een professionele zelfevaluatie. In het relatiepatroon met een andere status (dan die der patiënten) houdt de professionele zelfevaluatie echter andere karakteristieken in en wordt zij met andere maatstaven gemeten (4).

Deze zelfevaluatie is geen vaststaande grootheid maar moet, uit hoofde van de continu wisselende problematiek in het artsenberoep, als een dynamische kwaliteit worden gezien.

In alle voornoemde fasen van het professionaliseringsproces treden sociologische en sociaal-psychologische factoren op die aan praxis en praxisconceptie een disparaat karakter geven.

In ons onderzoek pogen we die invloeden na te gaan.

Naast een paar persoonskenmerken zoals leeftijd, diplomajaar, aantal jaren praxis en sociale herkomst, wordt rekening gehouden met de aard van de praxis (privaat of verbonden aan een medische instelling, specialistisch of niet) en met het ecologisch en sociaal milieu van de praktijk.

De betekenis van deze items voor ons onderzoek wordt onder de titel "Vorbereiding van het onderzoekingsmateriaal" nader toegelicht (1.8. van de Proloog).

In hoofdstuk 2 worden de maatschappelijke en psychologische aspecten van de praktijkvoering ontleed. Vooraf wordt echter in 2.1. aandacht besteed aan de evaluatie die de artsen toemeten aan de genoten academische opleiding. Immers in deze fase werden zij voor het eerst formeel geconfronteerd met de

medische wereld en hun kritieken terzake zijn, zoals zal blijken, een nuttige additieve parameter van hun attitudes en rolconcepties op sociaal-psychologisch vlak van de praktijkvoering.

Wanneer de status van praktizerende arts wordt bereikt, spreidt zich een brede waaier open van op de praxis betrokken problemen en relatiepatronen.

Onder 2.2. wordt eerst een antwoord gegeven op de vraag of en in welke mate de artsen aan randmedische informatie een routinekarakter hechten. Onder randmedische informatie verstaan we dus inlichtingen over de psycho-sociale werkelijkheid van de individuele patiënt. Aansluitend wordt hierbij nagegaan *wie* volgens de artsen het best deze informatie inwint, terwijl in dezelfde gedachtengang wordt onderzocht welke de aard is van de contacten die zij met paramedische hulpkrachten onderhouden en hoe zij deze hulp weten te waarderen.

Sociale identificatie binnen de beroepsgroep is eveneens een parameter voor de instelling van de arts op het sociaal-psychologisch vlak van de praktijkvoering. Nagegaan wordt welke waardering de artsen opbrengen voor de formele samenwerking in een medisch team. Vervolgens wordt het recent, doch moeizaam doorbreken van het verschijnsel van de groepspraxis belicht en nagegaan hoe de artsen hun voorkeurshouding voor individuele of voor groepspraxis verantwoorden.

Hoofdstuk 3 brengt een diepere benadering van de socio-psychologische context van de praxis. De artsen evalueren deze problematiek in het licht van het specialisatieproces (3.1.). Bijzondere aandacht krijgt de zelfwaardering van het preventief element in de praxis (3.2.), terwijl ook het belang van het louter curatief element wordt geevalueerd (3.3.) Steeds in het raam van de toenemende specialisatie wordt tenslotte in 3.4. de vraag beantwoord in hoeverre de artsen de

mening zijn toegedaan dat de verantwoordelijkheid van de huisarts, ingevolge het toenemend aantal specialisten, aan een *verschralingsproces* onderhevig is.

Overtuigd dat niet enkel technische vervolmaking garant is voor een goede geneeskunde, brengt hoofdstuk 4 de resultaten van een onderzoek naar de zelfevaluatie van de artsen in een aantal rolcomponenten. De vraagstelling werd gericht naar een aantal *middelen* die door de arts in het werk kunnen worden gesteld om de arts-patiënt relatie zo optimaal mogelijk te verwezenlijken. Die *middelen* kunnen we als min of meer constante, daarom niet steeds door de arts onderkende *werkingen* zien, die door hem kunnen worden aangewend ter vervulling van zijn rol (en ter beantwoording aan een sociale behoefte).

Zij vormen een aantal rolcomponenten waarin de arts zichzelf evalueert in functie van zijn specialisme.

Van 4.1. tot en met 4.4. worden achtereenvolgens behandeld : de sociaal integratieve rolcomponent, de informatieve rolcomponent, de sociaal-opvoedende rolcomponent en de psycho-therapeutische/ "magische" rolcomponent.

Het laatste hoofdstuk 5 is een poging tot synthese. Door middel van een multidimensionele schaalanalyse wordt gezocht naar dié factoren die houdingen en zelfconceptie definiëren.

1.4. Afbakening van het onderzoek.

Bij een studieobject als het onderhavige, komt de onderzoeker tot de vaststelling dat een zeer groot aantal verklaringsfactoren rechtstreeks met de centrale waarden in verband kunnen worden gebracht en de opdracht daardoor een bijna onbeperkte draagwijdte heeft. Bovendien dringen zich in een continue stroom nieuwe cultuurelementen op, die in wisselend tempo aan een sociaal verschijnsel het karakter ontnemen van duurzaamheid of stabiliteit. Zo hebben de ontwikkeling van de maatschappelijke voorzieningen voor de geneeskundige ver-

zorging, de opkomst en de ontwikkeling van ziekenfondsen, de voortschrijdende overheidsbemoeïngen in de ziekenzorg, enz. alle in sterke mate invloed gehad op de structuur van het artsenberoep. Toch kent de beroepsuitoefening een zekere stabiliteit. De beroepsethiek en de beroepscode houden immers in principe de centrale waarden in evenwicht.

Het is binnen de perken van deze relatieve duurzaamheid van het artsenberoep dat ons onderzoek werd opgevat. De ononderbroken stroom der gebeurtenissen van buitenuit, hebben we als gedachtenconstructie een moment tot stilstand gebracht en weggedacht om een beter inzicht te verwerven over de praktijkvoering en over de zelfconceptie van de arts met betrekking tot zijn relatie met de patiënt.

1.5. De vragenlijst.

De aangewende onderzoekstechniek is die van de schriftelijke vragenlijst. Zij werd aan de betrokkenen per post toegestuurd.

Gezien de schaarse aanwezigheid van gespecialiseerde literatuur in de belgische nationale bibliotheken was het, naarmate de theoretische studie vorderde, geboden vooral de boekwerken uit het buitenland te betrekken.

Een intense briefwisseling met de Canadese socioloog O.HALL, heeft uitzonderlijk nuttige informatie opgeleverd. Het is uit deze moeizaam betrokken literatuur dat de vragenlijst langzaam groeide.

Gezien de specifieke inzet van ons onderzoek, kon geen beroep worden gedaan op een min of meer analoge bestaande vragenlijst en is het hier gebruikte onderzoekingsinstrument persoonlijk werk geworden.

Voor het vooronderzoek werd de vragenlijst gestencild. Voor het definitief onderzoek werd ze in beide landstalen gedrukt.

1.6. Het vooronderzoek.

Dat het rechtstreeks overstappen van theorie (zij deze nu fundamenteel of empirisch getint) naar definitief onderzoek onmogelijk is, ligt voor de hand. De oriënteringsfase loopt inderdaad niet enkel langs overweging en literatuurstudie, maar noopt de onderzoeker zijn opzet vooraf te toetsen. Hij doet dit aan de hand van een vooronderzoek dat enkel en alleen als werkinstrument fungeert en waarvan de resultaten enkel en alleen een oriënterende functie vervullen.

Met een ruime probleemstelling voor de ogen, moet dergelijk vooronderzoek ons vanuit zeer diverse gezichtshoeken nuttige informatie kunnen verstrekken over een reeks onzekerheden, die zowel de vorm, de inhoud en de omvang van het uit te voeren onderzoek, als de aangewende hulpmiddelen (onderzoekstechnieken) betreffen.

Vooreerst waren we er ons wel van bewust dat de te enquêteren populatie een beroepsgroep betrof, wier activiteiten in de regel zodanig druk zijn, dat de respons op een ruim opgevat onderzoek er zou kunnen onder lijden. Overtuigd echter dat de opzet van dergelijk onderzoek toch enige belangstelling moest kunnen wekken bij de artsen, toetsten we een uitgebreide, gestencilde vragenlijst bij 400 *at random* uitgetrokken artsen (6%), geografisch (provinciaal) verspreid over het belgisch grondgebied.

Bij een inleidend schrijven werd vermeld dat zij proefpersonen waren en dat zij werden verzocht :

- te antwoorden op de gestelde vragen;
- de vraagstelling zelf aan hun kritiek te onderwerpen;
- de tijd mede te delen die ze besteedden aan het antwoorden;
- de best geschikte periode voor het definitief onderzoek te vermelden.

Het resultaat was bevredigend. Meer dan 40% der artsen beantwoordden de vragenlijst en reageerden enthousiast op de resterende informatieve vragen.

De tijd nodig voor het invullen van de vragenformulieren werd door de grote meerderheid van de artsen op twee à drie uren gesitueerd. Slechts drie artsen vonden deze tijd (de vragenlijst dus) te lang, doch anderzijds kregen we frequent verzoeken tot uitbreiding. Bij het definitief opstellen hebben we onze aandacht dan niet verder meer op de omvang van het vragenformulier gericht.

Een tweede reden die ons aanzette tot het uitvoeren van deze betrekkelijk ruime proefenquête, had betrekking op een reeks moeilijk uit de literatuurstudie te identificeren intermenselijke betrekkingen, met name de aard en de omvang van de relaties met paramedisch personeel.

Zo bracht het proefonderzoek ons de duidelijke noodzaak aan het licht, nader in te gaan op deze relaties en ze tevens te confronteren met een reeks variabelen. Zo ook verduidelijkte het vooronderzoek ons inzicht in de wederzijdse kritische instelling van huisartsen tegenover specialisten, alsook de uitgesproken differentiële houding van beide categorieën t.a.v. de onderscheiden soorten medische hulpkrachten.

Tenslotte heeft het vooronderzoek uitgewezen dat meer franstalige artsen antwoordden dan vlaamstalige, doch verschillen in een steekproef op een aantal antwoorden traden niet op. Wel konden we vaststellen dat de franstalige artsen ook meer dan hun vlaamstalige collega's geneigd zijn niet gevraagde informatie toe te voegen of bepaalde antwoorden omstandiger te omschrijven. Deze complementaire informatie liet ons dan ook toe dankbare correcties aan bepaalde vraagstellingen aan te brengen.

1.7. Het eigenlijk onderzoek.

Zoals blijkt uit het statistisch materiaal van de artsenspreiding over de onderscheiden officieel erkende specialismen, kennen slechts enkele onder deze een relatief beperkte of zeer beperkte bezetting. Derhalve oordeelden we het opportuun de volledige populatie van de geneesheren-specialist bij de ondervraging te betrekken.

Zonder in het detail de tijdrovende moeilijkheden te omschrijven waarmee het opzoekingswerk naar deze totale populatie gepaard ging, vermelden we toch dat :

- op het ogenblik van het onderzoek geen enkele up-to-date bron voorhanden was omtrent het beoefend specialisme, laat staan aanvaardbaar statistisch materiaal;
- zeer veel geneesheren in de onvolledige lijsten van de beroepsverenigingen der artsen-specialist met meerdere specialismen werden vermeld; dit gold ook voor de lijsten der officiële erkenningen van het R.I.Z.I.V. (5);
- in alle provinciale bronnen reeds jaren geleden overleden artsen fungeerden;
- de eerste uitgave van de lijsten van de officiële erkenningen van het R.I.Z.I.V. op hun beurt een ruime reeks onvolledige en oude adressen van geneesheren vermeldde en bovendien ook een 40-tal overleden dokters.

De meerderheid van deze moeilijkheden kregen een oplossing door :

- de secretariaten van de Orde der Geneesheren schriftelijk te verzoeken om ons de meest recente correcties mee te delen of ze persoonlijk ter zetel aan te brengen;
- de artsen-specialist die met meerdere specialismen figuureerden ofwel schriftelijk te verzoeken om hun hoofdspecialisme te melden op een bijgevoegd formulier, ofwel ze telefonisch om een antwoord op de gestelde vraag te verzoeken.

Op de uiteindelijk 5153 verzonden vragenlijsten ontvingen we er 183 als onbestelbaar terug (met, niettegenstaande onze inspanningen, postvermeldingen als : overleden, adres onbekend, buitenland, enz.), zodat het aantal teruggebracht werd op 4970 vragenlijsten.

Op dit aantal ontvingen we 1397 exemplaren ingevuld terug, d.w.z. 28.1%. Na controle weerhielden we 1340 geldige antwoorden. De 57 onbruikbare antwoorden betroffen : 29 bepaald onvolledig ingevulde formulieren, 16 artsen zonder praxis, 9 artsen-ambtenaren en 3 militaire dokters.

Voor de huisartsen stelde het probleem zich anders. Gezien het grote aantal enerzijds, maar vooral gezien de belangrijkheid te differentiëren naar medische richting, kon een toevallige steekproef volstaan. We hielden rekening met de geografische spreiding over het nationaal grondgebied en trokken uit de officiële lijsten van de Orde een a-selecte steekproef, na vooraf alle specialisten te hebben aangekruist. Enkel de a-selecte keuze van 10% van de populatie droeg onze aandacht weg. Immers niet enig document kon ons, behalve de woonplaats, een voor alle geneesheren gekende variabele verstrekken zoals bvb. het diplomajaar of geboortedatum die wel nuttig zou kunnen worden aangewend. Op de aldus 900 toegestuurdte vragenlijsten ontvingen we er 330 (36.6%) terug, waarvan er 16 als onbruikbaar moesten worden beschouwd.

Het onderzoek heeft aldus betrekking op :

Specialisten :	1340
Huisartsen :	<u>314</u>
Totaal :	1654 artsen

Hier zij nog aan toegevoegd dat aan de uitvoering van dit onderzoek een introductie voorafging bij middel van een persbericht. Dit werd opgenomen in twee tijdschriften die ten behoeve van de geneesheren worden uitgegeven. Het doel en de aard van het onderzoek werd aangekondigd en de geneesheren werden verzocht er aan mee te werken.

Tenslotte zag het verloop van de enquête er als volgt uit :

	Antwoorden		
	Zonder rappel	Met rappel	Totaal
Specialisten	1169 (23.5%)	228 (4.6%)	1397 (28.1%)
Huisartsen	258 (28.6%)	72 (8.0%)	330 (36.6%)

De aanvangsdatum van het definitief onderzoek was 1 september 1967. De afsluitdatum (met rappels) : 31 januari 1968.

De spreiding per specialisme (Tabel 3), waarbij de *onbenoemden* (niet officieel erkende specialismen), die moeilijk onder één der erkende te rangschikken waren en de huisartsen niet in aanmerking komen, toont aan dat de afwijkingen ten aanzien van het universum vooral voorkomen bij de reumatologen, de radio-radiumtherapeuten en de longartsen.

De eerste twee specialismen met de grootste afwijkingen zijn de twee die het minst vertegenwoordigd zijn in de totale populatie. Gezien de centrale doelstelling is te differentiëren naar specialisme, zijn deze afwijkingen van weinig belang.

Tabel 3. Responsie naar specialisme.

	Aantal specialisten			
	Universum		Onderzoek	
	n	%	n	%
Anesthesisten	317	5.73	63	4.71
Klin.biologen	263	4.75	63	4.71
Cardiologen	214	3.86	42	3.14
Chirurgen	774	13.98	161	12.04
Huid-, geslachtsz.	184	3.32	39	2.91
Maag- en darmspec.	90	1.62	23	1.72
Gynaec.-verloskund.	388	7.01	89	6.65
Internisten	533	9.99	147	10.99
Neuropsychiaters	333	6.02	106	7.92
Oogartsen	368	6.65	77	5.75
Orthopedisten	140	2.53	35	4.03
Keel-, neus- en oor	252	4.55	54	4.03
Kinderartsen	478	8.63	122	9.12
Fysiotherapeuten	230	4.15	38	2.84
Longartsen	152	2.74	56	4.18
Röntgenspecialisten	420	7.59	96	7.18
Reumatologen	19	0.39	13	0.97
Mondartsen	250	4.51	58	4.33
Urologen	73	1.32	20	1.49
Radio-radiumtherap.	38	0.68	20	1.49
Huisartsen	-		(314)	
Onbenoemden	-		(18)	
Totaal	5536	100.00	1322	100.00

1.8. Voorbereiding van het onderzoeksmateriaal.

Zoals hoger reeds vermeld, wordt ter analyse van de onderzoekingsresultaten gebruik gemaakt van een aantal sociologische variabelen die we weliswaar niet nader onderling ontleden, maar wier betekenis voor onderhavige studie niet zonder belang is gebleken. Gezien het complementair karakter van een aantal variabelen werd, om een te gedetailleerde analyse te vermijden, overgegaan tot groeperingen wier samenstelling we hierna verantwoorden.*

1.8.1. Diplomajaar, aantal jaren praxis, leeftijd.

De drie genoemde variabelen zijn in feite onderling afhankelijke variabelen.

Tussen deze drie items bleek een nauwe samenhang te bestaan zodat zij tot één index werden herleid, die we gemakshalve leeftijdscategorie noemen :

diplomajaar	aantal jaren praxis	leeftijd
- na 1950	15 j	40 j
- 1940-1959	15 j	40-50 j
- 1940-1950	15 - 30 j	40-50 j
- 1940-1950	15 - 30 j	50 j
- vóór 1940	30 j	50 j

1.8.2. Sociale herkomst.

De voorwaarden om tot het artseneroep te worden toegelaten zijn niet enkelvoudig.

* Analyse en interpretatie van de onderzoeksgegevens gebeurden door middel en op grond van een aantal berekeningsmethoden. Naast de chi-kwadraattoets, worden ook de associatiematen Goodman-Kruskal's gamma en Somer's δ berekend. Voor samenwerkende invloeden van een aantal basisvariabelen wordt gebruik gemaakt van factoranalyse, stapsgewijze meervoudige regressie en multi-dimensionele schaalanalyse (Minissa - I(N)). (Zie voor een bondige beschrijving van deze berekeningsmethoden Appendix I).

Het betrekken van de sociale herkomst moet in de eerste plaats gezien worden in het kader van de omvang van de te verwerven kennis om in het beroep te worden geaccepteerd. Deze kenniseis is voldoende ruim om als selectief mechanisme ongetwijfeld efficiënt te werken, teneinde het gesloten karakter van dat beroep zo goed mogelijk in stand te houden. Eens toegelaten tot de groep, is deze bovendien door een systeem van formele instituties voldoende georganiseerd om met autoriteit de beroepsethiek te vrijwaren.

Gepaard aan de vereiste kennis, is de tijdsduur waarin die kennis kan verworven worden niet onbelangrijk. Het studierend gezinslid vergt op zijn minst zeven jaar financiële inspanningen van het gezin. Deze hoge eis blijft, ondanks de democratisering van het hoger onderwijs, een niet te veronachtzamen hinderpaal.

Een andere o.i. belangrijke reden om met de sociale herkomst van de arts rekening te houden, ligt bij de overweging dat het recruterende uit alle milieus de mogelijkheid in zich sluit, dat niet alle artsen zich op gelijkmatige wijze weten aan te passen aan de beroepsideologie. Het proces en het tempo van de *professionalization* kan immers verschillend verlopen.

Ten behoeve van de analyse der resultaten werd gestart bij een uitgebreide beroepenclassificatie waaruit een socio-professionele indeling in 13 categorieën werd opgebouwd. Voor bepaalde aspecten werd echter met meer beperkte classificaties gewerkt :

- 1° - vader van de arts genoot hetzelfde scholingsniveau;
 - vader van de arts genoot een lager scholingsniveau;
 - vader is een zelfstandige zonder academische opleiding;
- 2° - de vader van de arts was zelf arts; (beroepserfelijkheid);
 - de vader van de arts was geen arts.

1.8.3. Het ecologisch en sociaal milieu van de praktijkvestiging.

Demografische, socio-culturele en socio-economische omstandigheden van de steden, hebben de inplanting van grote klinische instellingen noodzakelijk gemaakt. De snelle ontwikkeling van hospitalisatie- en specialisatiefaciliteiten staat buiten concurrentie van de huisartsenpraxis. De specialist, maar ook de superspecialist treffen we in de grote steden aan. Enkele specialisten en huisartsen voelen zich veilig in kleinere steden en op het platteland domineert de huisarts.

De specifieke, differentiërende milieus van het platteland en van de stad met haar vooralsnog niet bestudeerde sociale woongebieden, kunnen qua benadering van de patiënt aan de er gevestigde artsen sterk variërende eisen stellen. Afwisselend moet de arts zich aldus bewegen in gemeenschappen waar het concept over de medische praxis in de kleine tradities van locale gemeenschappen of stadsbuurten is gegroeid of waar professionele criteria een grotere integratiekans krijgen. Kortom, zowel de professionele autonomie van de arts als zijn vrijheid van handelen is de speelbal van het cultureel bepaald medisch lekenconcept dat binnen eenzelfde gemeenschap een grote diversiteit vertoont. In rurale gemeenschappen waar vooral de huisarts verschijnt, zal die diversiteit wellicht niet zo groot zijn, doch in stedelijke centra staan zowel de autonomie als de vrijheid van de arts in functie van het cultuurpatroon van de sociale woongebieden. Deze woongebieden, vooral in de grote stad, zijn vaak moeilijk te onderkennen. De meesten dragen een sterk heterogeen karakter, slechts enkele hebben een homogene structuur.

Waar een drieledig onderscheid tussen stad, kleine stad (25.000 inwoners) en platteland in de analyse werd betrokken, werd voor het sociaal milieu vertrokken van een zeer ruime indeling (heterogeniteit in grote steden) die echter ten behoeve van de studie tot een eenvoudige, dus bruikbare classificatie werd herleid : platteland - stad/lagere sociale

lagen - stad/hogere sociale lagen - stad/gemengd.

1.8.4. Aard van de medische praxis.

De medische praxis is, net zoals andere beroepsactiviteiten, gevat in een netwerk van allerlei instituties en informele betrekkingen, die sterk kunnen variëren naargelang het praktijktype.

Twee extreme typen laten zich onderscheiden : de private praxis en de praxis verbonden aan een instelling voor medische verzorging. In beide vormen ontwikkelt zich, vooral tijdens het professionaliseringsproces een complexe kwalitatieve verscheidenheid van wederzijdse betrekkingen tussen de deelnemers uit hoofde of in functie van twee referentiesystemen :

- het eerste systeem ontwikkelt zich in een lekencultuur. Patiënt en arts ontmoeten elkaar in een beperkte persoonlijke relatie. In dit systeem, dat we terugvinden in de private (zelfstandige) praxis, wordt de arts in zijn optreden vóór alles onderworpen aan de beoordeling (lekencontrole) van de patiënt.
- het tweede is het professioneel referentiesysteem, dus dat van de medische cultuur en van de medische instellingen, waaraan de arts verbonden is (ziekenhuisarts). In dit systeem wordt de arts in zijn optreden vóór alles onderworpen aan de controle van collega's.

Raken weliswaar in elke concrete situatie beide systemen elkaar, dan neemt dit niet weg dat opinies, attitudes en evaluaties voor de beoefenaar van een van beide of van beide typen van de medische praxis kunnen verschillen. Te geleger tijd wordt in de analyse van het onderzoek hiermee rekening gehouden.

1.8.5. Het medisch specialisme.

Ten einde een te grote versnippering van het cijfermateriaal over de ruime reeks specialismen te voorkomen, werd besloten over te gaan tot enkele samenvoegingen van disciplines die ook in de praktijk het meest frequent voorkomen.

Bepaalde specialismen werden echter uit hoofde van hun specifiek karakter dan toch geïsoleerd gehouden.

Op grond van een inventaris van de officiële alfabetische lijsten kwamen we tot de vaststelling dat cardiologie en pneumologie (longartsen) zeer vaak worden gecumuleerd. Beide zijn specialismen met beperkte groei. De zwakke aanwezigheid van de orthopedisten nodigde ook uit tot samenvoeging met de chirurgen. Chirurgen zijn trouwens het meest frequent titularis van beide disciplines. Verder wordt zowel in Nederland als in België de gastro-enterologie qua aangroei gekenmerkt door een status quo. De gebiedsafbakening van dit specialisme is onduidelijk en helt sterk over naar het zeer ruime gebied van de inwendige geneeskunde die, zoals reeds gezegd, zowel in Nederland als in België de laatste jaren meer beroepsbeoefenaren telt.

Louter op grond van het frequent samengaan in de praktijk van de oogheelkunde en het keel-, neus- en oorspecialisme werden ook deze twee takken in onderhavige besprekingen samengevoegd.

Vervolgens nodigde de beperkte aanwezigheid van urologen en dermato-venerologen eveneens uit tot een controle in de praktijk. Zeer frequent worden beide specialismen gecumuleerd, zodat ook hier tot samenvoegen werd overgegaan.

Tenslotte stellen we een beperkte aanwezigheid vast van de fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten en reumatologen. Deze drie specialismen vertonen qua behandeling heel wat aanknopingspunten en ook in de praktijk worden deze combinaties het meest frequent aangetroffen. Een samenvoegen van deze drie richtingen lag dan ook voor de hand.

HOOFDSTUK 2. MAATSCHAPPELIJKE EN PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN VAN DE PRAKTIJKVOERING.

INLEIDING.

De gedachte dat de arts door zijn wetenschappelijke opleiding aan de universiteit, zij het nu als huisarts of als specialist, aangevuld met verondersteld goed geleide stages of assistentschappen, aangevuld bovendien met zijn persoonlijke studie van allerlei wetenschappelijke publicaties, het bijwonen van medische congressen of colloquia en het volgen van post-universitaire leergangen (waarbij zelden rekening wordt gehouden met de noden en wensen van de deelnemers), in staat is de integrale geneeskunde te kunnen beoefenen, is slechts een wensbeeld. Immers, achter het wezen van deze technische vervolmaking door de natuurwetenschappelijke geneeskunde, schuilt het gevaar voor desoriëntering van de arts.

"... the rapid growth of specialization confined many doctors to the treatment of a specific area of the body..., Such specialization with its concentration on the organ served to obscure the fundamental concept of the patient as a total human being." (FIELD, M., 1967).

Wel is de moderne arts er zich van bewust dat hij naast zijn louter technische kennis ook nog andere takken van de wetenschappen bij zijn medisch handelen moet betrekken, doch, de enorme omvang van de vereiste kennis op louter somatisch gebied, beletten hem meestal om zich bij elk ziektegeval te gaan verdiepen in de geestelijke en maatschappelijke aspecten van de aandoening, laat staan dat hij in staat zou zijn zich aan de studie van de psycho-sociale relaties te wijden. Wel kan hij in de regel in zijn dagelijkse praxis de noodzaak van een zekere belangstelling voor de maatschappelijke en psychologische omgevingsfactoren rond de persoon van de patiënt ervaren. Wanneer evenwel dit studiegebied onlosmakelijk is opgenomen in het academisch opleidingspakket, is ook de kans groter dat de praktijkvoering er door geconditio-

neerd wordt. De resultaten van ons onderzoek brengen een antwoord op deze vraaastellingen.

2.1. Evaluatie van de genoten academische opleiding.

Het uiteindelijk doel dat de overgrote meerderheid der medische opleiders, in casu de geneesheer-hoogleraren, nastreeft is : de studenten een begrip bijbrengen van medische basiskennis. Immers, zonder deze zou de wetenschappelijke beoefening van de geneeskunde onmogelijk zijn. Dit is echter niet voldoende. De basiskennis moet worden aangevuld met een reeks allernoodzakelijkste elementen, gevat in de bekwaamheid die theoretische kennis in de praktijk om te zetten. Hieronder noemen we : de identificatie van de symptomen van vele aandoeningen, het achterhalen van medische gegevens over vroegere ziekten, de wijze van onderzoek van de patiënt, de interpretatie van de laboratoriumresultaten, het stellen van de diagnose, (en op basis van deze) de wijze van behandeling, enz... Of nu alle artsen deze bijgebrachte kennis en technieken op de meest volkomen wijze in toepassing brengen is moeilijk achterhaalbaar, laat staan of deze kennis op adequate wijze werd aangeleerd, laat staan dat de steeds groeiende, maar ook steeds meer gefragmenteerde kennis zélf kan worden bijgebracht. (EBERT, R.H., 1968).

Voldoende bekend is evenwel dat het verwerven van die basiskennis over een niet zo korte periode geschiedt en dat de enorme omvang van een objectief-zakelijke leerstof (de vele onzekerheden ten spijt) (FOX, R., 1957) de vroege, vaak idealistische visie of de ambitieuze gevoelens van de betrokkene of ook nog het overtuigend enthousiasme van naastbestaanden heeft teleurgesteld.

"Teacher of medicine sometimes rephrase the distinction between the clinical and pre-clinical years into one between the "cynical" and "pre-cynical" years. Psychological research supports this view, presenting attitude surveys which show medical students year by year scoring lower on "idealism" and

higher on "cynicism"... though they develop cynical feelings in specific situations directly associated with their medical school experience, the medical students never lose their original idealism about the practice of medicine... "idealism" and "cynicism" must be seen as situational in their expressions rather than as stable traits possessed by individuals in greater or lesser degree (BECKER, H.S. en GEER, B.L., 1958).

De talloze en rijk gevarieerde antwoorden die de artsen als motivering van hun studiekeuze formuleren (6) accentueren het voorgaande en vinden we ook terug in hun kritiek op de genoten academische opleiding.

Een opleiding in de integrale geneeskunde is er vooralsnog niet : scherper geformuleerd "there is no concrete body of knowledge that can be labeled "comprehensive medicine" (HAMMOND, K.F. en KERN, Fr., 1959) waarbij de auteurs er nadrukkelijk op wijzen dat een uitgebreide en volledige feitenkennis in de kliniek verkregen, niet nodig zou zijn indien de medische opleiding de medische studenten zou stimuleren in de ontplooiing van de zo gewenste attitudes op sociaal en psychologisch vlak ten overstaan van de patiënten en ten aanzien van de medische praxis.

"This last point concerning attitudes is felt to be important because as the program developed the medical educators in the clinic became increasingly convinced that the practice of comprehensive medicine is fundamentally a matter of an approach, a set of attitude, on the part of the physician". (BECKER, H.S., GEER, B.L., e.a., 1961; DON, C., COLLETTE, P., HIMAR, N.A., 1957).

Dat in het licht van de rolvulling in de medische praxis de noodzakelijkheid van grondige onderzoeken over de opleiding in ons land dringt, moge blijken uit volgende vaststellingen.

2.1.1. Beoordeling van de medische opleiding.

Het aantal artsen dat blijkt geeft van een quasi globale positieve instelling ten aanzien van de genoten medische opleiding is niet bijster groot. Slechts 15% verklaren dat de opleiding adequaat was en dat zij door voldoende persoonlijke contacten met hun hoogleraren aan dezen een persoonlijke raadgever hadden. Ongeveer eenzelfde aantal spreekt zich eveneens positief uit, maar verklaart aan hun hoogleraren geen persoonlijke raadgevers gehad te hebben.

Betrekkelijk negatief luidt echter het oordeel van 41% der ondervraagden. Al vinden de meesten van hen dat hun medische opleiding in de traditionele gebieden van de geneeskunde adequaat was, dan zijn zij bepaald niet enthousiast over de wijze waarop de stof werd bijgebracht. Van persoonlijk contact met hun hoogleraren en derhalve van de figuur van de "hoogleraar-raadgever" die in deze discipline als onmisbaar moet worden beschouwd, was bitter weinig te bespeuren. De rest (30%) kan de genoten opleiding bezwaarlijk adequaat noemen en het contact met de hoogleraar ontbrak volledig, kortom communicatie was volgens hen totaal onbestaand.

In deze algemene vaststellingen blijken de verhoudingen een weerspiegeling te zijn van de leeftijdsstructuur van de respondenten. Vooral de jongstgediplomeerden, meteen ook de jongste artsen met weinig praktijkervaring oordeelden duidelijk negatief. Ook van de onmiddellijk daaropvolgende jongere artsen zijn er driekwart die de opleiding niet zo adequaat vonden. De naklank van een vanuit bepaalde oogpunten gebrekkige opleiding, zal deze blijkbaar nog best in het geheugen liggen.

Deze naar leeftijdsstructuur trapsgewijze dalende negatieve instelling vindt zijn verklaring in de vroegere studievoorwaarden die alle onderlinge binding tussen docent, student en patiënt ten goede kwamen, als daar zijn : kleinere universitaire bezetting, geringere gerichtheid van het medisch onderwijs op specialisatie, meer contacten tussen medische

opleiders en studenten, meer contacten met meer patiënten per capita, maar ook het opkijken naar de hoogleraar, enz...

Ook naargelane het beoefend specialisme treden be-
duidende verschillen op (App.II.5.).

De meest negatieve kritieken komen van de huisart-
sen. De rigide studieprogramma's zijn blijkbaar de trieste te-
genhanger van het rijk menselijk mozaiek waarmee de huisarts
in zijn dagelijkse praxis wordt geconfronteerd. De uitgespro-
ken negatieve instelling vinden we ook terug bij de röntgen-
specialisten, de fysiotherapeuten, reumatologen, radio-radium-
therapeuten, kinderartsen, mondartsen en neuropsychiaters.
Positiever klinkt het oordeel van de anesthesisten, chirurgen,
orthopedisten en gynaecologen. Zij zijn nu ook precies de spe-
cialisten die de objectiviteit van hun specialisme als motive-
ring van hun keuze aanvoerden en uit dien hoofde blijkbaar ook
meer gediend waren met de overwegend technische aspecten van
de leerstof. Dit kan afgeleid worden uit de meer specifieke
kritieken.

2.1.2. Inhoud van de kritiek.

Meer dan een derde van de respondenten hebben hun
kritiek duidelijk omschreven. (7)

Voor de onderwezen leerstof zelf stellen we vast
dat vooral chirurgen, orthopedisten, neuropsychiaters, kinder-
artsen, fysiotherapeuten en radio-radiumtherapeuten het stu-
dieprogramma te zwaar vinden, in die zin dat er enerzijds te
veel nutteloze vakken worden gedoceerd, anderzijds vakken als
psychologie, psychiatrie, preventieve geneeskunde weinig of
zelfs niet aan bod komen.

Dermato-venerologen, urologen, anesthesisten, car-
diologen en pneumologen klagen vooral het feit aan dat er te
veel getheoretiseerd wordt, dat dus de praktijkopleiding te
kort schiet of beter gesteld, dat de koppeling theorie en
praktijk (empirie) verwaarloosd wordt. Finesses in de praxis,
waaronder ook informatie over urgente of kleine heelkundige

ingrepen ressorteren, worden niet onderwezen.

De felste kritiek en ook meteen de meest frequente, betreft echter de menselijke contacten. Deze sluit deels aan bij de vakkritiek en bij de voorgaande tekorten.

Zo klaagt de helft der betrokkenen expliciet het tekort aan contacten met zieken aan, evenzo het ontbreken van een opleiding over de mentaliteit en de psychologie van de patiënt, het tekort aan een specifieke opleiding voor de huisarts, enz... maar ook de professoren worden hierbij betrokken. Zij zijn geen pedagogen, echt les geven doen zij niet, zij houden het bij massa-onderricht.

Dit is het oordeel van zeer veel mondartsen, huisartsen, klinische biologen en anesthesisten.

+

+ +

Concluderend stellen we dus vast dat de jongere generatie van artsen, meer specifiek ook de huisartsen het gebrek aan communicatie aanklagen en het gevoel hebben dat de onderwijzende opdracht van sommige hoogleraren eerder neerkomt op een zelftevreten exposé van hun specialistische kennis. De wijze van kennisoverdracht blijft in gebreke d.w.z. al te vaak wordt de louter technische kennis geïsoleerd gezien van de zieke als persoon, worden heel wat vakken gedoceerd waar de arts in zijn toekomstige praxis niets aan meent te hebben of worden belangrijke vakken niet of althans niet voldoende benadrukt.

Het onconfortabel en ontmoedigend gevoel waar veel artsen, bij ons onderzoek betrokken, uiting aan geven, alsmede de onzekerheid en ambiguïteit waarvoor ze in bepaalde therapeutische situaties staan, kunnen het resultaat zijn van een flagrant gebrek aan aangepaste kennis en scholing, maar evenzeer aan een gebrek aan communicatie en interactie op sociaal en psychologisch vlak, zowel met de patiënt als met hun medische raadgevers die de grote meerderheid nooit in die functie hebben ontdekt. De persoonlijkheid van de arts als alter-

natieve mogelijkheid mag hier echter niet worden uitgesloten, doch dit facet behoort niet tot onze bevoegdheid. Uit een aanzienlijk aantal brieven die als een soort aanvulling op de beantwoorde vragenlijst door de respondenten is toegevoegd, kan hun sociale stress duidelijk worden waargenomen, doch dit was niet noodzakelijk gekoppeld aan een negatieve instelling ten aanzien van de genoten opleiding.

Tenslotte kan ook niet worden voorbijgegaan aan de specifieke instelling van chirurgen en orthopedisten die hun technische aspiraties in de specialistische opleiding blijkbaar ingelost kregen.

2.2. De praktijkvoering.

Uit het voorgaande blijkt dat heel wat artsen van oordeel zijn of ervaren hebben dat de randmedische visie in de opleiding slechts minimale aandacht krijgt.

In dit hoofdstuk wordt thans onderzocht of en in welke mate in de praxis zelf de arts, hetzij in de vorm van een reële inzet, hetzij in de vorm van een aantal attitudes, waardering weet op te brengen voor het betrekken van omgevingsfactoren rond het ziekteverschijnsel.

Ten einde een voldoende ruime informatie rond deze problematiek in te winnen, werd zowel onderzocht of en in welke mate de arts randmedische informatie in zijn praxis betreft, of hij de sterk uitgebouwde paramedische infrastructuur in zijn private praxis te werk stelt of er naar verwijst en tenslotte hoe hij ze evalueert.

Een derde benadering met name een evaluatie van medisch teamwerk en een keuzevorming tussen individuele praxis of groepspraxis met motivering daarvan, verstrekt een meer globaal beeld over de integrale visie van de arts in de medische praxis.

2.2.1. Randmedische informatie : routine of casuïstiek ?

Tweevijfden van de respondenten hechten aan het inwinnen van randmedische informatie een routine-karakter en meer dan de helft houdt het bij de specificiteit ervan. Dergelijke informatie wordt dus enkel ingewonnen in specifieke gevallen.

Het antwoord differentieert enkel naargelang de leeftijd der respondenten. Vooral oudere artsen houden het bij een routine-aangelegenheid.

Relevanter zijn echter de verschillen wanneer de vraagstelling gericht wordt naar welke en hoeveel omgevingsfactoren de arts in zijn praxis betreft (8). Uit de antwoorden distilleren we volgend tabelletje dat voldoende duidelijk spreekt :

Tabel 4. Aantal items door de artsen in hun praxis als routine-informatie beschouwd.

Aantal items	% artsen
2	16
3-5	41
6-8	30
9-12	13

Ruim meer dan de helft van de artsen oordelen dus dat, wanneer er toch van routine kan gesproken worden bij het inwinnen van dergelijke informatie, dit voor een klein aantal items volstaat.

Gedifferentieerd naar specialisme stellen we vast dat het bij uitstek de neuropsychiaters, anesthesisten, klinische biologen, röntgenspecialisten en kinderartsen zijn die oordelen dat een ruime reeks omgevingsfactoren voor routine-informatie in aanmerking komen (App.II.10).

2.2.2. De paramedische infrastructuur.

In ons huidig medisch systeem is als directe beantwoording aan de noden van de artsenpraxis, een reeks parame-

dische (lager gekwalificeerde) beroepen en diensten tot stand gekomen, waarop de arts beroep kan doen, net als hij de hulp van zijn (eveneens) gespecialiseerde collega's op louter medisch-technisch vlak kan inroepen.

Waar de geneesheer zelf voorzan in een reeks niet louter medische tegemoetkomingen, kan hij thans zowel de verplegende taak (die zeer vroeg in de medische praxis geïntegreerd was) als de psycho-sociale begeleiding, maar ook de steeds groeiende technische verantwoordelijkheden toewijzen aan een ruime gamma van paramedische hulpkrachten en diensten. Dit neemt echter niet weg dat zij buiten het medisch denken van de arts mogen worden geplaatst. Op deze voorzieningen moet hij echter een beroep doen, opdat hij dié taken die normaal onder zijn louter medische bevoegdheden vallen, naar behoren zou kunnen vervullen.

Het ligt niet in onze bedoeling de sociale identiteit van dit medico-sociaal equipment in zijn geheel aan een diepere analyse te onderwerpen, doch enkel na te gaan of de arts van dit equipment gebruik maakt en welke waardering hij eraan toekent.

Bekend met de evaluatie door de artsen van de omgevingsfactoren, wordt thans nagegaan of de arts, behoudens zijn persoonlijke inzet, ook nog andere middelen ziet, in casu de hulpkrachten om deze informatie desgevallend te recupereren.

Zo gesteld, wordt in dit hoofdstuk op volgende vragen een antwoord verstrekt :

- aan wie hoort het volgens de artsen informatie in te winnen;
- stelt de arts in eigen praxis een hulpkracht tewerk of verwijst hij;
- hebben de artsen reeds gunstige ervaring gehad bij het optreden van een hulpkracht en in welke mate.

2.2.2.1. Aan wie hoort het randmedische informatie te verzamelen ?

In zekere zin reeds evaluerend van aard, treden bij deze vraagstelling twee overwegende antwoordcategorieën naar voor. Enerzijds zijn er tweevijfden van de respondenten die oordelen dat de arts best zelfstandig handelt, anderzijds eenzelfde aantal die de sociale assistent (maatschappelijk werker) als de geschikte persoon aanduidt. De resterende artsen houden het ofwel bij de verpleegster of de medisch secretaresse. Een weinig noemenswaardige minderheid zien in deze opdracht zowel een taak van de arts als van een paramedische hulpkracht.

Plattelandsartsen meer dan hun stedelijke collega's plaatsen de arts zelf in deze "informatieve opdracht", wat begrijpelijk is uit hoofde van hun isolement. Als tegenhanger zien we dan dat de stadsarts (vooral die met een praktijk in woongebieden van de hogere sociale lagen) meer dan de andere artsen, de sociaal assistenten en verpleegsters in deze opdracht zien.

Naar specialisme valt het op (App.II.11.) dat het inwinnen van die informatie vooral door de neuropsychiaters aan de sociaal assistent wordt toegewezen. Ook de gynaecologen vinden zulks, daar waar mondartsen, anesthesisten, keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen de arts aanduiden.

2.2.2.2. Paramedici in de private praxis.

De kennis dat een kleine tweederde van de respondenten het inwinnen van bedoelde informatie als een aangelegenheid typeert die tot de bevoegdheid van de paramedici behoort, kan enkel als een preliminaire waardering gelden.

In de hiërarchische structuur van elk ziekenhuis is de paramedische toerusting sterk organisatorisch geïntegreerd en bekleedt er een duidelijke statuspositie. In hoeverre evenwel de artsen met hun uitspraak de paramedici in hun sociaal relatiepatroon weten te plaatsen, hen naar waarde weten te

schatten en hen bovendien een zeker gezag toekennen, blijft voor wat de private praxis betreft, vooralsnog een vraagteken.

Derhalve werd onderzocht, niet enkel of de artsen deze hulpkrachten in hun private praxis aanwenden, maar ook als noodzakelijk alternatief of zij ernaar verwijzen. Als derde maatstaf van betrokkenheid werd ook nagegaan welke waardering ze aan de werking zelf van deze hulp toemeten.

Zonder rekening te houden met het niveau van de opleiding die zeer verschillend kan zijn, onderscheiden we thans in ons land een dertigtal paramedische beroepen. De opzet van ons onderzoek noopt ons echter niet tot een detailanalyse, zodat we deze grote differentiatie in een vijfledige classificatie condenseerden. We onderscheiden : verplegend, sociaal, psychologisch, technisch en administratief personeel.

a. Tewerkstelling van paramedici in de private praxis.

Driekwart van de respondenten beoefenen een private praxis (9). De hiernavolgende resultaten zijn op deze van toepassing.

Tabel 5. Aard van de tewerkstelling van paramedici in eigen praxis.

Categorie van paramedici	Aard van de tewerkstelling (procent artsen)			Totaal
	geen	occasioneel	in vast verband	
	%	%	%	
verplegend	74	10	16	100%
sociaal verplegend	90	7	3	100%
psychologisch	79	8	13	100%
technisch	79	8	13	100%

Het administratief personeel wordt niet in de tabel opgenomen, daar het niet kan worden beschouwd als een rechtstreekse schakel tussen arts en patiënt.

Samenvattend kan gezegd worden dat verplegend personeel door meer dan een kwart der respondenten tewerkgesteld wordt. Het psychologisch en technisch gevormd personeel komt tweede in rang. Het minst gewaardeerd blijkt het sociaal verplegend personeel te zijn.

Nu is het wel zo dat het sociaal verplegend beroep niet zo sterk in hiërarchisch gerangschikte posities is uitgesplitst als de verplegenden, wat zijn integratie in de private praxis kan bemoeilijken, tenzij er een onderwaardering door de arts aan de basis van ligt.

Verder stellen we vast dat verplegend, technisch en administratief personeel vooral in vast verband in stedelijke woongebieden van de hogere sociale lagen wordt tewerkgesteld. Verplegend en technisch personeel worden bovendien ook, maar dan eerder occasioneel, door artsen uit kleinere steden aangewend. Administratief personeel vindt eerder een kans in stedelijke woongebieden van de lagere sociale lagen.

Naar specialisme gedifferentieerd kunnen de resultaten als volgt worden samengevat : (App.II.12.)

- | | |
|--------------------------------|---|
| - verplegend personeel | : <u>in vast verband</u> bij klinische biologen, röntgenspecialisten, chirurgen, orthopedisten, dermato-venerologen, urologen, internisten en gastro-enterologen;
<u>occasioneel</u> : vooral bij chirurgen, orthopedisten en röntgenspecialisten; |
| - sociaal verplegend personeel | : <u>in vast verband</u> bij neuropsychiaters;
<u>occasioneel</u> : idem; |
| - psychologisch personeel | : <u>in vast verband én occasioneel</u> : de neuropsychiaters; |
| - technisch personeel | : <u>in vast verband</u> : klinische biologen, fysiotherapeuten, reumatologen, radio-radiumtherapeuten, röntgenspecialisten;
<u>occasioneel</u> : idem. |

Concluderend kan worden gesteld dat de huisarts, behoudens verwijzing naar de familiale helpster en medisch sociale diensten, geen uitzonderingspositie bekleedt.

b. Het verwijzen.

Voor randmedische taken staat voor de arts ook nog het verwijzen naar gespecialiseerd personeel als directe mogelijkheid open.

De hieronder verstrekte resultaten hebben op alle respondenten betrekking daar zowel in de private als in de verbonden praxis het verwijzen een belangrijke plaats bekleedt.

Een aanzienlijk aantal artsen verwezen reeds patiënten naar een of andere hulpkracht, hoewel het verwijzen naar een medico-sociale dienst vooraan op de lijst staat :

Tabel 6. Procent artsen die verwijzen naar hulpkrachten.

Categorie van hulpkrachten	Procent verwijzende artsen
arbeidstherapeut, diëtist, logopedist, enz...	27
sociaal verpleger, sociaal assistent, enz...	26
psycholoog, psychologisch assistent...	24
familiale hulp	22

Sociaal milieu van de praktijk en verwijzen naar paramedici vertoont een significante relatie. Bijna de helft van de plattelandsartsen verwezen hun patiënten reeds naar een familiale helpster of een medico-sociale dienst, wat een aanvulling betekent voor hun afwezigheid onder de artsen die paramedici tewerkstellen.

Stadsartsen uit sociale woongebieden van de hogere sociale lagen spreken het meest arbeidstherapeuten, diëtisten en dergelijke aan voor verwijzing.

Het verwijzen komt eerder overwegend bij artsen met private praxis voor. Het zijn bij uitstek huisartsen, maar ook

wel kinderartsen. De neuropsychiaters zijn specialisten die veel meer dan alle andere artsen verwijzen naar paramedici die op sociaal en psychologisch vlak bevoegd zijn. Gynaecologen verwijzen meer eens naar familiale helpsters, terwijl keel-, neus- en oorspecialisten, oogartsen, dermato-venerologen en urologen meer naar ergo-therapeuten, diëtisten en logopedisten verwijzen (App.II.13.)

2.2.2.3. Evaluatie van de ervaren paramedische tussenkomst.

Om een te grote versnippering van de resultaten te vermijden werden de antwoorden per respondent in één enkele variabele uitgedrukt. Zij informeert ons aldus over de toenevende ervaring (of geen) bij het optreden van één, twee, drie enz... van de vijf onderscheiden hulpkrachten of diensten.

Tabel 7. Procent artsen die reeds gunstige ervaring hadden met paramedische tussenkomsten.

Ervaring met paramedici						Procent artsen
Hebben geen enkele ervaring						28
Hebben gunstige ervaring met één der betrokken hulpkrachten						16
"	"	"	"	twee	"	16
"	"	"	"	drie	"	16
"	"	"	"	vier	"	11
"	"	"	"	vijf	"	13

Het verwijzingspatroon dat we onder b. zagen, wordt hier duidelijk gereflecteerd in die zin dat, hoe meer gunstige ervaring artsen hebben met paramedici, des te meer het artsen betreft die reeds verwezen naar hulppersoneel. Een identieke samenhang stellen we vast bij een confrontatie met het al dan niet tewerkstellen van dit personeel in de private praxis.

Geen ervaring hebben vooral klinische biologen, keel-, neus- en oorspecialisten, oogartsen, röntgenspecialisten en mondartsen (App.II.14). Het meest ervaring hebben de neuropsychiaters. Gunstige ervaring met een bredere waaier van hulpkrachten hebben vooral cardiologen, longartsen, internis-

ten, gastro-enterologen, pediaters en huisartsen.

+
+ +

Samenvatting.

Indien de arts langs zijn wetenschappelijke nieuwsgierigheid, zijn zin voor verder onderzoek of zijn belangstelling voor het detail, het wetenschappelijk element als noodzakelijke component van een begrijpende geneeskunde in zijn beroepsrol wil onderhouden, dan kan een integrale visie op de persoon van de zieke gemakkelijk verloren gaan.

Om hieraan te ontsnappen zal de arts in de loop van zijn professionele socialisering dan ook verplicht zijn, naast zijn louter persoonlijke belangstelling en daaraan gekoppelde individuele inzet op randmedisch gebied, beroep te doen op een reeks minder gekwalificeerde beroepen, met name de paramedici.

De meerderheid der respondenten erkent het belang van de sociale en psychologische context van de patiënt in relatie tot zijn ziekte. Het inwinnen van dergelijke informatie wordt door ruim meer dan de helft van hen als een routine-aan gelegenheid beschouwd, waarbij de oudere artsen relatief overwegen.

Voorals de neuropsychiaters betrekken een groot aantal items in hun ziektebehandeling.

De bevoegdheid voor het inwinnen van die informatie kent de meerderheid toe aan paramedici. Dit betekent niet dat zij in dezelfde mate dit gekwalificeerd personeel in hun private praxis tewerkstellen.

Zo wordt de medische secretaresse het meest aan een private praxis verbonden, maar alle overige paramedici komen in verre na niet op de hoogte van dit administratief gevormd personeel. De sociaal assistent behaalt de meeste "voorkeurstemmen", maar wordt in feite nauwelijks in de private praxis aangewend. Uitzondering hierop maakt wel de neuropsychiater waar deze hulpkracht kennelijk naar waarde wordt geschat.

Dit alles neemt niet weg dat de overgrote meerderheid der respondenten toch reeds enige ervaring (duidelijk gunstige) hebben gehad met deze hulpkrachten. Immers, bijna driekwart van hen, maar andermaal de neuropsychiaters bij uitstek, verklaren dit uitdrukkelijk.

2.2.3. Medisch teamwerk.

Door de moderne uitbouw van de geneeskunde die juist door zijn specialisatie steeds meer tot samenwerking noodzaakt, is voor een beoordeling van de gezondheidszorg de kwaliteit van het teamwerk van grote betekenis.

Derhalve werden de artsen uitgenodigd hun visie mee te delen over de meer formele samenwerking van medisch en paramedisch personeel die we heden ten dage terugvinden in het medisch team.

Gezien de beperkte doelstellingen die worden nagestreefd, wordt geen aandacht verleend aan de uiterst complexe situatie die een medisch team in feite uitmaakt, doch enkel de nadruk gelegd op de waardering ervan door de betrokken artsen.

2.2.3.1. Evaluatie van de samenwerking.

Medisch teamwerk wordt door tweevijfden van de 1640 respondenten vooral gewaardeerd omwille van de samenbundeling van de technische kennis als omwille van de intense samenwerking voor het welzijn van de patiënt. Bijna evenveel artsen stellen geen van beide elementen centraal. De resterende respondenten stellen, gelijkmatig verdeeld, slechts één van beide elementen centraal. In de eerste categorie vinden we vooral ziekenhuisartsen, hoewel deze ook duidelijk vertegenwoordigd zijn onder hen die enkel de samenbundeling van de technische kennis centraal stellen. Private artsen treffen we bij voorkeur aan in de categorie die geen van beide elementen centraal stellen, wat er kan op duiden dat zij geen belangstelling hebben voor teamwerk (App.III.1.)

Bijzonder is wel de vaststelling dat artsen die veel ervaring hebben met paramedisch personeel, meer integraal ingesteld zijn dan de rest. Genoemde ervaring blijkt echter ook samen te gaan met het accentueren van de meer technische inbreng. Onder de individuen die vooral het welzijn van de patiënt benadrukken, treffen we de artsen aan die geen ervaring hebben met paramedici. Gezien het kleine aantal betrokkenen menen we ons van enige interpretatie te moeten onthouden.

Tenslotte is er ook een duidelijke relatie naargelang het beoefend specialisme (App.II.15). Anesthesisten, cardiologen, pneumologen en internisten die veel in teamverband werken, blijken meer dan hun overige collega's het teamwerk integraal te waarderen. De technische samenbundeling wordt vooral door dermato-venerologen, urologen en kinderartsen geapprecieerd, het welzijn van de patiënt vooral door de neuropsychiaters.

Huisartsen en mondartsen onthouden zich van enige bijzondere appreciatie.

2.2.3.2. Evaluatie van de gedeelde verantwoordelijkheid.

Gedeelde verantwoordelijkheid in een medisch team wordt belangrijk geacht door artsen die ook veel belang hechten aan de technische samenbundeling en aan het welzijn van de patiënt. Gesteld kan worden dat deze artsen het medisch teamwerk ten volle weten te waarderen. Immers omgekeerd, zien we dat, wanneer geen bijzonder belang wordt gehecht aan de eerste twee elementen, de artsen evenmin gedeelde verantwoordelijkheid centraal stellen. Medisch teamwerk betekent waarschijnlijk niet zo veel voor hen.

Deze instelling hangt nauw samen met de leeftijd. Zo hechten oudere artsen meer belang aan de gedeelde verantwoordelijkheid, hoewel een opvallend aantal onder hen eerder gaat twijfelen over de gestelde problematiek en zich dan ook niet radicaal uitspreken.

Anesthesisten, cardiologen en longartsen, ook wel de röntgenspecialisten beschouwen de gedeelde verantwoordelijkheid als zijnsgebonden aan medisch teamwerk. Dit is echter niet het geval voor de chirurgen, orthopedisten en neuropsychiaters. Deze instelling kan er op wijzen dat vooral deze specialisten uit hoofde van de specificiteit van hun discipline de persoonlijke inbreng als ondeelbaar beschouwen.

2.2.4. Groepspraktijk of individuele praktijk.

2.2.4.1. Inleiding.

Dat door de steeds meer gefragmenteerde medische opleiding en de er uit voortspruitende specialistische praktijken, interdisciplinaire samenwerking een steeds grotere noodzakelijkheid wordt, is een feit. Deze evolutie naar informele groepen is duidelijk vast te stellen, maar wijst nog niet naar een door de meerderheid gewenste groepspraktijk. Opinies en wensen, kritieken en verantwoording terzake lopen sterk uiteen.

Toen G.Wilson in 1922 een artikel wijdde aan deze problematiek (WILSON, G., 1922) dacht hij waarschijnlijk niet dat 50 jaar later groepspraxis nog niet zou ingeschakeld zijn in de beroepsuitoefening van huisartsen.

In de loop der jaren ging de medische praxis evenwel meer extensieve vormen aannemen. Nieuwe organisatievormen eisten adequate uitrustingen die de individuele praxis niet kon dragen. De hospitalen konden deze investeringen wél dragen en spoedig kwamen nieuwe specialismen deze uitdwinende medische centra als essentieel onderdeel aanvullen (10).

De grote meerderheid der artsen bleef echter de individuele praxis beoefenen en kwam hoogstens tot informele samenwerking, die echter het nadeel van hogere kwetsbaarheid heeft. Hieruit vloeit niet enkel voort dat de positie van de samenwerkende partijen zelf kan worden bedreigd, maar dat ook de continuïteit van de zorg aan de zieke in het gedrang kan komen. Als dat zo is, dan zou enkel de formele samenwerking een oplossing kunnen bieden.

Maar om het even onder welke vormelijke gedaante de groepspraxis verschijnt, behalve wanneer slechts éénzelfde specialisme in de groep vertegenwoordigd is, "it is hard to see how it differs from the partnership" (FREEMAN, H.E., LEVIN, S., REEDER, L.G., 1963).

Wat er ook van zij, gezaghebbende informatie over de betekenis van de groepspraktijk is moeilijk te verkrijgen (11).

Ter situering evenwel, kan gezegd worden dat de private praxis (solo-praxis), zowel van huisarts als van specialist kan worden vergeleken met een "one man" organisatie die enkel groeit in en dank zij een professionele omgeving.

Op grond van de resultaten van ons onderzoek zijn we geneigd de groepspraxis als wig tussen beide voorgaande systemen te incorporeren.

Misschien kan, als uitgangspunt voor verder onderzoek, het hier weergegeven schema in overweging genomen worden.

Private praxis van huisarts of van specialist	-menselijke contacten	(Lay-referral systeem)
Ziekenhuispraxis	-diversiteit kennis -efficiënte praxis	(Professional referral sys- tem)
Groepspraxis	-menselijke contacten -diversiteit kennis -efficiënte en continue praxis	(Socio-profes- sional refer- ral system)

Uit dit schema moge voldoende blijken dat een evaluatie-onderzoek wordt bedoeld naar de functies en dysfuncties in de drie systemen. We beperken ons tot deze suggestie, maar pogen aan de hand van ons onderzoeksmateriaal

de richting te evalueren die de medische praxis in ons land opteert.

Doet het studiemateriaal weliswaar vooralsnog beperkt aan, dan laat het toch in ruime mate toe na te gaan hoe ons artsenkorps denkt over het niet zo recente probleem van de groepspraxis. Te dien einde werden de artsen verzocht een keuze voorop te stellen en vervolgens deze keuze te verantwoorden.

2.2.4.2. Resultaten van het onderzoek . De voorkeurshouding.

54% der respondenten drukken zich uit voor groepspraxis, 43% laten hun keuze vallen op de individuele praxis; 3% geeft blijk van een geconditioneerde voorkeur voor beide praxisvormen (12).

Artsen van beneden de 50 jaar spreken zich meer dan de oudere artsen uit voor groepspraxis, vaststelling die ook geldt voor de geconditioneerde voorkeur.

Een duidelijk significante relatie blijkt eveneens uit een confrontatie met de sociale omgeving waar de arts zijn praktijk heeft (App.III.2). Zo geven de plattelandsartsen veruit het duidelijkst hun voorkeur te kennen voor de individuele praxis, hoewel artsen die in stedelijke woongebieden van de hogere sociale lagen gevestigd zijn in dezelfde zin opteren. Daartegenover staan dan de artsen uit stedelijke woongebieden van de lagere sociale lagen wier voorkeur naar de groepspraxis gaat.

De geïsoleerdheid van de plattelandsarts enerzijds en het streven naar erkenning, maar vermoedelijk ook de meer lucratieve omgeving van de stadsarts in het woongebied der hogere sociale lagen, dicteert wellicht deze individualistische houding.

Evident is uiteraard ook de verschillende voorkeurshouding van artsen met private en artsen met verbonden praxis. Meer dan de helft der private practici verkiezen de individuele praxis, tegenover nauwelijks 17% van de ziekenhuisartsen.

Significant is vervolgens de relatie met de evaluatie van het medisch teamwerk. Artsen die het medisch teamwerk naar de onderscheiden elementen positief beoordelen, richten hun voorkeur veel sterker dan de anderen naar de groepspraxis.

De steeds groeiende fragmentatie van de medische kennis en haar repercussies op het aantal specialismen en super-specialismen dicteert blijkbaar ook een differentiërende instelling. Immers naar specialisme onderscheiden (App.II.17), zijn de huisartsen veruit het sterkst gewonnen voor de individuele praxis (ruim meer dan tweederde). Dit staat duidelijk in tegenstelling tot de resultaten van een onderzoek onder vlaamse huisartsen, waarvan zich "een meerderheid expliciet voorstander verklaart van groepsgeneeskunde" (NUYENS, Y., 1976).

Uit ons onderzoek dat nationaal is gericht kan er aldus niet besloten worden tot een "discrepantie tussen opvatting en gedrag, tussen ideologie en realiteit".

Immers, wanneer we de motiveringen van de voorkeurshoudingen nagaan, verklaren de huisartsen ondubbelzinnig dat zij de individuele praxis verkiezen omdat zij oordelen dat, bij solo-praxis de individuele binding tussen arts en patiënt gemakkelijker tot stand komt, dat verantwoordelijkheid en toewijding zich beter bij een enkeling dan bij een groep kan ontplooiën, dat de vrije keuze van een arts beter gegarandeerd wordt, wat de persoonlijke verhouding tussen arts en patiënt verzekert. Hun voorkeur verantwoorden sommigen ook door te verklaren dat zij eigenlijk geen kennis hebben over groepsgeneeskunde (onzekerheden), dat zij het nu eenmaal gewoon zijn in hun solo-praxis, maar ook dat zij niet goed inzien - en dit geldt dan vooral de plattelandsartsen - hoe een groepspraxis zou kunnen worden uitgebouwd. Zij denken vooral aan generatieverschillen en ecologische ongelijknissen. Is er dan toch een gevoelige minderheid van onze huisartsen die groeps-geneeskunde voorstaat, dan weten zij deze voorkeur op sterk significante wijze te verantwoorden door er op te wijzen dat

groepspraxis "verruimen van de medische kennis" betekent.

Wat de specialisten betreft, zijn ook opmerkelijk meer dan hun overige collega's, de dermato-venerologen, urologen, keel-, neus- en oorspecialisten, oogartsen en mondartsen voor de individuele praxis gewonnen (meer dan de helft).

Afgezien van de vele pleidooien voor en kritieken op respectievelijk de individuele en de groepspraxis die we hier niet analyseren, kunnen we concluderen dat ruim meer dan de helft van de respondenten gewonnen is voor de groepsgeneeskunde.

Na dit onderzoek zijn er enkele pogingen tot coördinerend overleg tussen jongere artsen geweest. Er zijn ook enkele, zij het op ideologische gronden berustende realisaties gekomen, waarvan kan gezegd worden dat zij het karakter dragen van moedige pogingen tot het creëren van op dit ogenblik nog uiterst labiele structuren in de gezondheidszorg.

Maar, uit aanvullende informatie die hier niet wordt verwerkt en die betrekking heeft op de samenstelling en coördinatie binnen de medische groep, blijkt dat de diversiteit der samenstellende elementen zo immens is en bovendien zo sterk wordt geconditioneerd door, zowel individuele als sociale factoren, dat we de indruk hebben nog heel ver van een definitieve vormgeving verwijderd te zijn.

De geest van de groepspraxis is misschien hier en daar doorgedrongen, maar van een gefixeerde vorm waarop verder kan worden gebouwd, kan voorlopig moeilijk sprake zijn.

HOOFDSTUK 3. OORDELEN OVER DE SOCIAAL-PSYCHOLOGISCHE ACHTERGRONDEN EN DE PREVENTIE IN DE PRAKTIJKVOERING.

INLEIDING.

Het uitsluitend verwerven van technisch-specialistische kennis gedurende de academische opleiding en ook nadien kan de arts intellectueel isoleren.

Wil hij aan zijn sociale rolvervulling niet voorbijgaan, dan moet hij weten dat de geneeskunde zowel een sociale als een fysische en biologische wetenschap is. Querido indachtig (1955), moet hij dan ook continu en simultaan de sociale, psychische en somatische belasting van de ziektebepaling in zijn beroepsuitoefening weten te betrekken en ook overtuigd zijn van de waarde van de preventieve interventie als element van de begrijpende geneeskunde.

In ons onderzoek geven een viertal indicatoren antwoord op deze problematiek. Samen vormen zij een variabele die uit een factoranalyse is tot stand gekomen.

Op het preventief element wordt dieper ingegaan omwille van zijn actualiteit. De socio-preventieve voorzieningen heden ten dage zijn dermate uitgebouwd, dat ze voor de arts een uitnodiging kunnen zijn om de persoonlijke inzet op dit vlak te verwaarlozen. Hem wordt dan ook gevraagd :

- zijn waardering te verstrekken voor deze voorzieningen;
- een aantal statements te evalueren die hem in zijn preventieve attitude terzake tekenen.

Twee notities leken ons tenslotte, behoudens het aan dit vertechneren van de geneeskunde aansluitend sociologisch corollarium, noodzakelijk toe te voegen.

Enerzijds stelt zich de vraag welke plaats de arts in zijn praxis toekent aan het louter curatief optreden, anderzijds - en dit wordt dan toegespitst op de huisarts - heeft, ingevolge het toenemend aantal specialisten, de verantwoordelijkheid van de huisarts een andere draagwijdte gekregen ?

3.1. Specialisatie en sociaal-psychologische context van de praxis.

De vier samenhangende statements die deze problematiek belichten luiden :

- De medische studies zouden meer op specialisatie dan op de algemene geneeskunde moeten worden gericht;
- Het kader van de medico-sociale diensten is in de moderne samenleving reeds zo uitgebreid, dat de arts zijn tijd niet meer hoeft te verliezen om problemen van persoonlijke, familiale of professionale aard van de patiënten te bespreken of op te lossen;
- Bovendien is de specifieke kennis die nodig is om aan medico-sociale preventie te doen op dit ogenblik nog zo beperkt, dat de arts veel beter zijn tijd besteed aan louter curatieve zorg;
- Voor de arts is het belangrijker dat hij zijn technische kennis perfectioneert, dan dat hij zijn ervaring met de persoon en het milieu van de patiënt verrijkt.

Daar er een quasi evenredige spreiding in de antwoordmogelijkheden optrad, werden deze in vier kwanten ingedeeld :

- het eerste kwart betreft artsen die de statements als geheel moeilijk kunnen bijtreden;
- het tweede kwart zijn artsen die enige reserve stellen;
- het derde kwart weet zich moeilijk uit te spreken;
- het laatste kwart betreft respondenten die de hen voorgelegde statements volledig beamen.

Opvallend is de sterke samenhang met de leeftijdsstructuur van de respondenten (App.III.3.). Zelfs bij de overweging dat de arts in de huidige praxis beroep kan doen op tal van medische voorzieningen, zijn het vooral jongere artsen die van mening zijn dat de persoonlijke inzet inzake socio-psychologische omgevingsfactoren hoog dient aangeschreven. Zoals ook mocht blijken uit hun kritiek op de medische opleiding, staan de jonge artsen voor dat het accent hierin op de algemene praxis zou moeten worden gelegd.

Enige reserve t.a.v. de vier statements stellen vooral artsen van beneden de 50 jaar. Voor een ander kwart bestaat de problematiek reëel. Terzake weten zij niet welke houding precies aan te nemen en tot deze "twijfelaars" behoren vooral de artsen van 40 tot 50 jaar die minder dan 15 jaar praxis hebben.

Het laatste kwart zijn artsen die volledig beamen dat in de opleiding het accent dient gelegd te worden op specialisatie en dat het modern paramedisch equipment er is om te gebruiken. Centraal wordt de technische vakkennis gesteld en voor rand-medische tussenkomsten is er geen tijd.

Uit de resultaten blijkt onbetwistbaar dat een dusdanige instelling dié is van artsen ouder dan 50 jaar. Bij uitstek blijken zij ook artsen te zijn die niet precies weten of het inwinnen van informatie over milieufactoren specifiek moet gebeuren bij bepaalde zieken of bij bepaalde aandoeningen. Blijkbaar kiezen ze dan maar het zekere boven het onzekere en doen zij liefst beroep op paramedische voorzieningen.

Verder komt duidelijk naar voor dat de neuropsychiaters een academische opleiding voorstaan die in eerste instantie op de algemene praxis moet worden gericht. Bovendien oordelen zij dat randmedische interesses, niettegenstaande de ruime deskundige voorzieningen op dit gebied, toch de persoonlijke inspanning van de arts moeten blijven oproepen. Deze specialisten weten blijkbaar goed dat enkel persoonlijke benadering van de patiënt verhelderend kan inwerken op aangeboden aandoeningen. Deze multiconditionele instelling vinden we ook bij de huisartsen terug, wat te verwachten viel (App.II.18).

Enigszins onverwacht hoort hier ook nog een relatief hoger aantal klinische biologen bij. Een verklaring hiervoor zou kunnen gevonden worden in hun uitgedrukte belangstelling voor andere specialistische disciplines enerzijds (13) - waaronder figureren de dermato-venerologen, kinderartsen, inwendige geneeskunde, cardiologen, anesthesisten, longartsen en oogartsen - en de uit hoofde van hun specialisme multi-

disciplinaire contacten anderzijds. Mogelijk zijn het personen die, aangezien zij "artsen zonder patiënten" zijn, uit lectuur en niet zo zeer specialistische lectuur (13), de patiënten als gehele persoon percipiëren.

Enige reserve t.a.v. de statements stellen vooral de kinderartsen, cardiologen, longartsen, ook nog wel huisartsen en mondartsen. "Onbeslist" is de uitspraak van de fysiotherapeuten, reumatologen, radio-radiumtherapeuten en anesthesisten; allen precies duidelijk technische specialismen.

Tenslotte is er de categorie van respondenten die van oordeel zijn dat in de academische opleiding de specialisatie moet primeren. Zij oordelen bovendien ook dat de medico-sociale infrastructuur voldoende is uitgebouwd, opdat de arts niet langer meer zelf zou moeten instaan voor deze rand-medische bemoeiingen. Deze visie wordt in het bijzonder door de chirurgen en orthopedisten gedeeld, verder ook door de mondartsen, keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen. Mogelijks gaat het hier om artsen die het psycho-sociale gebied der geneeskunde te sterk als een aparte wetenschap zien, die zij niet weten te integreren in de continue stroom van nieuwe specialistische technieken die zij wél op de voet volgen.

3.2. Waardering van het preventief element.

Preventieve geneeskunde betekent de aanwending in de geneeskunde van de voorhanden zijnde middelen tot het voorkomen van een ziekte of tot het verhoeden van het verergeren van deze.

In de huidige constellatie van de moderne geneeskunde denken we dan in de eerste plaats aan de controle van openbare gezondheidsdiensten die, langs een stelsel van normen - hoe aanvechtbaar die ook moge zijn - en voorschriften, vastgelegd in een reeks wettelijke bepalingen, instaan voor de maatschappelijke, preventieve gezondheidszorg, als onderdeel van de sociale geneeskunde. Naast de openbare instellingen, blijft nog de individuele tussenkomst van de praktizerende arts. Te veel zieken echter raadplegen, zonder tussenkomst van

de huisarts, rechtstreeks de specialist. Dit is zeer gewoon in België. Nochtans is de huisarts de aangewezen figuur om het gezin van de patiënt van dichtbij te leren kennen en dit is belangrijk. Immers, door dit persoonlijke contact heeft hij kennis van de hygiënische levenswijze, van de psychische toestand en voedingsgewoonten (VAN GOOR, I.A., 1961) en kan hij derhalve door eventueel advies, ervóór zorgen dat genoemde situaties geen aanleiding worden tot ziekte. In deze bijzondere positie heeft hij aldus de kans mensen te zien vóór zij ziek zijn en hen te adviseren hoe hun gezondheid te bevleugen. De specialist beschikt niet over deze mogelijkheden.

Nochtans is hij door zijn - althans in België - directe bereikbaarheid, maar ook op zijn spécialistisch niveau, erg op zijn niveau dus, erg betrokken bij de preventieve gezondheidszorg. Denken we enkel aan de werking van laboratoria, aan de moderne onderzoekstechnieken, bediend door artsen-specialisten.

Concluderend kan dus gesteld worden dat, niet enkel de openbare instanties preventief optreden, maar dat preventie als een aan de medische praxis essentieel verbonden element kan worden gezien. In het licht van deze overwegingen volgen thans de resultaten van het onderzoek.

3.2.1. Houding van de arts ten aanzien van een aantal geïnstitutionaliseerde medisch-preventieve voorzieningen.

Zoals verder moge blijken kan het werkzaam zijn aan een instelling voor preventieve geneeskunde of van openbare hygiëne moeilijk als een volwaardige parameter gelden voor de preventieve instelling van de arts.

Slechts een kwart van de respondenten vervullen immers dergelijk ambt en het geldt dan nog vooral artsen die een private praxis hebben of wier praktijk op het platteland of in de lagere sociale woongebieden van de stad is gevestigd. Een dusdanige lage bezetting betekent geenszins dat het belang van een preventief optreden door de artsen ondergewaardeerd wordt. Dit blijkt uit de opgebrachte belangstelling voor

een aantal medisch-preventieve activiteiten die zowel van overheidswege worden geïnstitutionaliseerd en verplichtend gesteld, als voor initiatieven die door medisch-wetenschappelijke instellingen of door private artsen worden ondernomen:

- onder de eerste categorie ressorteren o.m. medisch toezicht op jonge arbeiders, medisch schooltoezicht, medische sport-onderzoeken (die veelal een experimenteel karakter dragen);
- onder de tweede categorie vernoemen we : bevolkingsonderzoeken over diabetes, tuberculosis, enz..., regelmatig algemeen preventief onderzoek in de private praxis...

Deze naar organisatorisch patroon sterk verschillende preventieve benaderingssystemen worden als samengestelde parameters voor de preventieve instelling van de arts aangevend. Dit criterium dat op zichzelf reeds van een zekere strengheid getuigt, wordt bovendien nog scherper gesteld door enkel rekening te houden met die uitspraken van de respondenten die wijzen op een maximale belangstelling voor en waardering van de genoemde preventieve systemen als geheel.

Waar bijna twee derden van de artsen aan dit preventief optreden uiterst veel belang hechten, zijn het toch vooral de oudere artsen van boven de 50 jaar, meer in het bijzonder die met meer dan 30 jaar praxis die het hoog kwalificeren (App.III.4.).

Het onderscheid naar specialisme is echter veel duidelijker. Bijna driekwart van de gynaecologen en mondartsen hechten uiterst veel belang aan deze preventieve activiteiten. Ook de klinische biologen, de neuropsychiaters, de keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen, verder ook de cardiologen en longartsen drukken zich significant meer uiterst positief uit dan de overige specialisten (App.II.19.).

Slechts 56% van de huisartsen (14), nauwelijks de helft van de chirurgen en orthopedisten en amper 45% van de fysiotherapeuten, reumatologen en radio-radiumtherapeuten drukken hun maximale belangstelling uit voor het geheel van de genoemde initiatieven.

Een detailanalyse, niet opgenomen in deze studie, brengt aan het licht dat vooral bevolkingsonderzoeken in een zeer gunstige bodem vallen bij de grote meerderheid van de artsen. Voor preventieve onderzoeken van jongere mensen is de belangstelling ook opgewekt, doch niet in de brede lagen van het artsenkorps.

3.2.2. Waardering van het preventief element in eigen praxis. Zelfevaluatie.

Uit een factoranalyse (1) op een ruime reeks uitspraken toegepast, kwam een duidelijk bindingspatroon tussen de hierna vermelde statements naar voor.

Var.	Lading	Uitspraak
166	0.73	De specifieke kennis, nodig om aan medico-sociale preventie te doen, is op dit ogenblik nog zo beperkt, dat de tijd van de arts veel beter besteed wordt aan louter curatieve zorg.
165	0.68	In de tegenwoordige praxis is de vraag naar ziektebehandeling zo groot dat nauwelijks enige tijd kan worden besteed om zich met preventie bezig te houden.
162	0.63	Ziektepreventie is als medische activiteit in de eerste plaats eerder een activiteit van openbare gezondheidsdiensten dan van de praktiserende arts.
240	0.55	De vraag naar medische verzorging is tegenwoordig zo groot en de specialisatie voldoende geëvolueerd, dat de huisarts veel beter zijn tijd besteedt aan echt zieke patiënten dan aan emotionele gevallen.
173	0.49	De patiënten wensen tegenwoordig enkel zo vlug mogelijk van hun ziekte verlost te worden; zijn voor een preventief optreden van de arts hebben zij niet, zodat er dan ook geen reden bestaat opdat de arts bij zijn patiënten nadruk zou leggen op het voorkómen van ziekte.
133	0.47	De meerderheid van de patiënten wensen enkel dat de dokter hen afhelpt van hun aandoening en hebben geen nood aan een onderhoud dat los staat van hun onmiddellijke aandoening.

(1) Zie hoofdstuk IV, paragraaf 4.2.

Var.	Lading	Uitspraak
132	0.45	De medische praxis is tegenwoordig zo zwaar belast dat de arts nauwelijks of geen tijd heeft om met elke patiënt een gesprek te voeren dat geen verband houdt met de ziekte van de patiënt.
154	0.36	Uitleg geven aan de patiënt doet over het algemeen meer kwaad dan goed.
241	0.36	Psychiatrische behandeling is voor de meerderheid der patiënten meer een recent luxusartikel dan een werkelijke noodzaak.
137	0.34	Voor het behoud van een optimale, vertrouwensvolle arts-patiënt relatie is het wenselijk dat de dokter de beperktheid van zijn therapeutisch kunnen niet veropenbaart aan de patiënt.

Overwegend in negatieve vorm opgesteld, schetsen zij het medico-preventief denken en handelen in de praxis. Zij kunnen als volgt worden samengevat.

In de hedendaagse medische praxis wordt het voorkomen van ziekten en aandoeningen gezien als een aangelegenheid die eerder de openbare gezondheidsdiensten aanbelangt dan de praktizerende arts.

Zijn specifieke kennis, nodig om aan medico-sociale preventie te doen is immers op dit ogenblik nog zo beperkt, dat hij beter zijn tijd besteed aan louter curatieve zorgverlening.

Bovendien wensen de patiënten enkel zo vlug mogelijk van hun ziekte verlost te worden en behoefte aan een onderhoud dat los staat van hun onmiddellijke aandoenign hebben zij niet.

Zelfevaluatie.

Uit de statements moge voldoende blijken dat, wanneer de arts er zich akkoord mee verklaart, hij de mogelijkheden en de wenselijkheid van de individuele ingreep op preventief gebied secundair stelt, het louter curatief optreden primair. Deze scheidende en prioriteitsverlenende denkwijze heeft zich bij die artsen ontwikkeld uit een samenhang van medico-sociale situaties die zelf gegroeid zijn uit de scherpe

afbakening van bevoegdheden en bekwaamheden van de individuele arts als gevolg van een steeds verder doorgedreven specialisatie (15).

Bepaalde veronderstellingen omtrent een mogelijke statistische samenhang van de in voorgaande hoofdstukken belichte facetten met de zelfevaluatie van de arts op preventief gebied, worden door de onderzoeksresultaten niet bevestigd. Het geldt variabelen zoals de leeftijd, de aard van de praxis e.a. (hoewel een tendens er op duidt dat oudere artsen meer dan jongere preventief zouden ingesteld zijn). Nochtans treden een drietal duidelijk significante relaties op die, vooral in het licht van de opzet van deze studie, van fundamenteel belang zijn. Het betreft de opinie van de artsen over het specialisatieproces, hun visie over het vraagstuk van de verantwoordelijkheid van de huisarts in dit proces en hun specialistische discipline zelf die gereflecteerd worden in hun al dan niet kritische instelling ten aanzien van de preventie. Dat precies deze variabelen een rol spelen, valt te verklaren uit de snelle groei van de medische kennis die op een verhoogde efficiëntie is gevisieerd en haar uitdrukking kreeg in een sterke institutionalisering van het gezondheidsbeleid. Het individueel medisch denken blijkt echter niet opgewassen tegen die snelle opmars.

Vooraf dient echter gezegd dat de visie van de plattelandsarts verschilt van die uit de stedelijke centra. Relatief meer plattelandsartsen dan stadsartsen weten zich minder scherp op het preventief vlak te situeren. Uit hoofde van een betere bereikbaarheid, kunnen stadsartsen meer formele contacten leggen met o.m. de er voorhanden zijnde instituties (App. III.5.).

Anderzijds is het ook denkbaar dat de plattelandsarts veruit méér patiënten bedient dan de arts uit stedelijke gebieden en, zoals uit aanvullend onderzoek blijkt, vooral patiënten met reële klachten. Hier kan dan als overweging aan toegevoegd worden dat zijn aandacht en zijn tijd hoofdza-

kelijk op de relatief smalle basis van het louter genezen wordt gedrongen. De kans blijft echter ook bestaan dat het sociaal-psychologische terrein van de aandoening (nog) niet in de medische cultuur van het platteland is doorgedrongen.

De vraag naar ziektebehandeling aanzien zij dus blijkbaar als voldoende reden om niet aan preventie te doen, tijd voor een gesprek dat losstaat van de onmiddellijke aandoening hebben zij evenmin en in de specialistische infrastructuur vinden zij een aanvaardbaar excuus voor een passieve instelling terzake. Zijn positie die duidelijker tot uiting komt dan die van de stadsarts, stelt de plattelandsarts veilig door de beperktheid van zijn therapeutisch kunnen niet te veropenbaren aan de patiënt.

Volledigheidshalve kan hier worden aan toegevoegd dat artsen die zowel in de stad als op het platteland hun praxis uitoefenen, zich duidelijk terugvinden op preventief vlak, wat er kan op wijzen dat het stedelijk relatiepatroon overdrachtelijk werkt op hun plattelandspraxis.

Een meer fundamenteel aspect wordt belicht door de statistische relatie met factoren die de specialisatie in de geneeskunde betreffen (App.III.6.). Zo integreren ruim meer dan een derde van de artsen die een te specialistische opleiding afkeuren en de persoonlijke inzet van de arts op rand-medisch gebied voorstaan, als vanzelfsprekend het preventief optreden in de artsenrol. Deze verhouding wordt in verre na niet bereikt door de andere artsen.

Belangrijk zijn ook de verschillen naargelang het beoefend specialisme (App.II.20.).

Enerzijds stellen we enkele evidenties vast, anderzijds komen we tot een paar opvallende relaties.

Aansluitend bij de vaak alarmerende krantenberichten, medische bijdragen in weekbladen, medische colloquia en congressen die overvloedig de aandacht trekken op de nefaste gevolgen van het veel roken en van overdadige maaltijden (APPELS, A., 1972), weten zich de cardiologen en pneumologen

significant meer in de preventieve attitude terug te vinden. Dit sluit aan bij hun zeer positieve beoordeling van de reeks geïnstitutionaliseerde preventieve overheidsinitiatieven. Verder ligt het ook voor de hand dat kinderartsen zich eveneens duidelijk situeren. Immers, benadrukking van goede verzorging en aangepaste voeding voor zuigeling en kleuter is de primaire opdracht van deze specialist. (Zie o.m. de goed georganiseerde raadplegingscentra voor zuigelingen, waar de leiding door een kinderarts wordt waargenomen).

Curatief en preventief optreden liggen in dit specialisme sterk verstrengeld, zodat de manifeste positieve zelfevaluatie als evident kan worden beschouwd.

Dat fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten en reumatologen relatief ook sterk aanwezig zijn, ligt eveneens in de lijn der verwachtingen. Met hun specialistische kennis over de "van nature" heilzame therapie en hun deskundige raad bij het uitvoeren van behandelingen als gymnastische oefeningen, massage, electrotherapie, ergotherapeutische begeleiding, enz... voorkómen zij immers dat een aandoening tot een chronisch lijden wordt of tot een blijvende invaliditeit zou voeren. Zodoende staan zij zeer dicht bij, zo niet middenin het tertiaire vlak van de preventie.

De gevoelige aanwezigheid van de mondartsen bij deze uitdrukkelijk sterke zelfevaluatie viel eveneens binnen de verwachtingen. De wenselijkheid van vroegtijdige tandheelkundige controle wordt bij de meeste mondartsen wellicht aanvaard, doch van organisatorische uitbouw, bijvoorbeeld ter gelegenheid van het verplicht medisch schooltoezicht, is hier te lande nog geen sprake. Het verband tussen voeding en aandoeningen van de mondholte en tandbederf staat vast en de mondarts treedt ook hier, langs raadgevingen in verband met de voeding, preventief op. Elke mondarts zal gewis ook elke "les in tanden poetsen" aanprijzen.

Dat specialisten als chirurgen, orthopedisten, röntgenspecialisten en anesthesisten zich minder goed op preventief

vlak weten te situeren, menen we te moeten toeschrijven aan de technische engheid van hun specialisme. M.a.w. al kan de keuze van de anesthesie (rachie bij 70-jarigen, epidurale anesthesie e.a.) zelf reeds als een vorm van preventie worden aanzien, dan voelen zij dit niet als dusdanig aan, wel als een aangepaste medisch-technische daad, die blijkbaar geen aansluiting biedt op een ruimere algemeen preventieve instelling.

In dezelfde gedachtengang menen we hier ook de eerstgenoemden te moeten betrekken. Nochtans is in de orthopedie de vroege behandeling (voornamelijk bij kinderen) van misvormingen van ledematen of ruggegraat heel belangrijk. Immers zij kunnen een aangeboren handicap vaak neutraliseren. In de chirurgie zijn een grote reeks van kleine voorzorgsmaatregelen (operatieschort, masker, gummi handschoenen, schrobben van de armen tot aan de ellebogen, jodiumontsmetting van de snijplaats, de autoclaaf en poupinel, enz...) die alle samenvallen met het "curatief" optreden, van uitzonderlijk belang voor het herstel van de patiënt en alle terug te voeren tot de secundaire preventieve sector.

Meer in het bijzonder denken we hier dan ook aan de plastische chirurgie die op uiterst efficiënte wijze voorkomt dat een individu aan de rand van de samenleving blijft (MACGREGOR, F.C., 1960). Deze tertiaire preventie moet dan ook van beide specialismen ontegensprekelijk de aandacht op-eisen voor nabehandeling (reactivatie, revalidatie) die de laatste jaren een grote vooruitgang hebben geboekt.

Dat de inherent aan deze specialismen verbonden secundaire en tertiaire preventieve handelingen niet gereflekteerd worden in een sterk positieve zelfevaluatie komt ons dan ook onverwacht voor.

Ook de neuropsychiaters en gynaecologen, maar vooral de andere specialisten en de huisartsen weten zich slechts zwak op preventief vlak te situeren.

Zonder dieper in te gaan op de essentie van het nauwe contact (ook contact met het gezin) en het belang van het gesprek in de huisarts-patiënt relatie of op het kenmerkend onderscheid tussen huisarts en specialist, waar continuïteit in de zorg van eerstgenoemde reeds in se preventie betekent, is de positie van de huisarts ten overstaan van de specialisten in de zelfwaardering van deze preventieve inzet dus niet zo bijster gunstig te noemen.

3.3. Waardering van het curatief element in de praxis.

Het onderscheid tussen curatief en preventief optreden van de arts doet, zoals reeds hoger vermeld, artificeel aan. Werd de scheiding tussen beide dan toch doorgevoerd, dan gebeurde dit uit hoofde van de gangbare visie terzake vanwege het artsenkorps.

Afgezien van de enorme verscheidenheid in de benaderingswijze van de patiënt, werd aan de artsen een statement ter beoordeling voorgelegd, waaruit blijkt dat, zonder enig voorbehoud te stellen, bijna driekwart der respondenten beaamt dat "de meest belangrijke taak van de arts is, de patiënt af te helpen van zijn ziekte of aandoening".

Naarmate we met oudere artsen te doen hebben, wordt dit curatief element door steeds meer artsen aldus centraal gesteld. Wellicht werkt het onbehagen dat een patiënt bij ziek zijn ervaart, overdrachtelijk op de eigen gevoelens van de arts naarmate deze ouder wordt en sluit het verwachtingspatroon van de arts des te meer aan bij dat van de patiënt (App.III.7.).

De zeer uitgesproken instelling vinden we verder vooral bij dermato-venerologen, urologen en mondartsen terug (App.II.21.), ook wel sterker dan bij de overige specialisten bij chirurgen en orthopedisten. Het minst wordt de statement bijgetreden door anesthesisten en neuropsychiaters (17).

Dit beeld sluit echter goed aan bij de leeftijdsstructuur van deze specialisten. De eersten zijn de oudste artsen, de laatstgenoemden duidelijk de jongste, zodat we hier,

voorlopig althans, de leeftijd als een determinerende variabele kunnen beschouwen. Enig voorbehoud moet immers gesteld worden daar attitudes nooit eenzijdig worden gedefinieerd, integendeel in een ruimer denkkader moeten worden gezien, doch hierover verder meer.

Behoudens deze personalia differentiëren de antwoorden ook naar een paar andere kenmerken.

Zo wordt het louter genezen als een hoogst belangrijke aangelegenheid beschouwd door artsen die het medisch teamwerk zowel naar zijn technische als humane waarde weten te appreciëren. Blijkbaar betekent "medisch teamwerk" voor bijna een derde van de artsen (het hoogste aantal) : technische kennis, humane benadering met het doel te genezen (App.III.8.).

Tenslotte stellen we ook vast dat, artsen die een geaccentueerde specialistische opleiding voorstaan en ook accepteren dat de paramedische uithouw in de hedendaagse geneeskunde de artsen ontlast van een persoonlijke inzet terzake, duidelijker het louter genezen centraal stellen (App. III.9.).

We durven hier dan ook concluderen dat, hoe verder in de medische wereld de specialisatie om zich heen grijpt en hoe meer artsen dit positief beoordelen, des te meer overtuigd zij zijn dat, het louter genezen de opdracht bij uitstek is van de arts.

3.4. Specialisatie en verantwoordelijkheid van de huisarts.

In de medisch-sociologische literatuur wordt herhaaldelijk gewezen op het feit dat uit hoofde van de steeds grotere specialisatie in de geneeskunde en het daarmee gepaard gaande verwijzen, de verantwoordelijkheid van de individuele arts in het gedrang komt.

Deze "waarschuwing" vonden we ook in ons onderzoek terug, maar dan als kritiek geformuleerd door de huisartsen in die zin, dat het verlies van verantwoordelijkheid een

ongewenst nevenverschijnsel van de specialisatie zou zijn. Met behulp van een terzake gerichte statement, verkrijgen we hierover een duidelijker beeld.

Gesteld werd dat er in de hedendaagse medische praktijk voldoende specialisten zijn, opdat de huisarts niet langer meer een verantwoordelijkheid over een langere termijn zou hoeven te dragen.

Hiermee zijn vooral oudere artsen het eens (App. III.10.). Naargelang we met jongere artsen te doen hebben, zien deze minder een "afbrokkeling" van de verantwoordelijkheid van de huisarts over een langere termijn.

Uiterst opvallend is het echter, dat bijna alle artsen die de medische opleiding bij voorkeur op de algemene geneeskunde toegespitst wensen te zien en de persoonlijke inzet op randmedisch gebied voorstaan, het er niet mee eens zijn dat de verantwoordelijkheid van de huisarts gaat verdunnen (App. III.11.).

Ook ten aanzien van de preventieve instelling van de artsen differentieert de visie over deze verschuiving (App. III.12.). Artsen die oordelen dat de verantwoordelijkheid van de huisarts ondanks het toenemend aantal specialisten blijft, zijn bij uitstek preventief ingesteld. Dit komt neer op de overtuiging dat de huisarts de aangewezen man is om, gezien zijn nauwe relaties met het gezin van het merendeel van zijn patiënten en, derhalve zijn volle integratie in de samenleving, in weerwil van de specialistische uitbouw van de geneeskunde, in te staan voor het behoud van de gezondheid van zijn patiënten door preventief op te treden. Hij is er en blijft er dan ook verantwoordelijk voor op grond van de overweging dat hij niet enkel de diagnose stelt en de zieke behandelt, maar ook voor de eventuele nazorg instaat, anders gezegd, in tegenstelling tot de specialist, de continuïteit van de zorg verzekert (op zichzelf reeds een vorm van preventie).

We weten reeds dat vooral oudere artsen in de groeiende specialisatie een vermindering van de verantwoordelijkheid over een langere termijn van de huisarts onderkennen. Deze opiniegroep vinden we thans ook het meest vertegenwoordigd onder de artsen die de centraliteit van het "genezen" vooropstellen (App.III.13.).

Concluderend zou aldus kunnen gesteld worden dat de oudere artsen enerzijds langs het overdrachtsmechanisme, maar anderzijds langs een gevoel van onvermogen de snelle tred van de specialisatie te volgen, een inkrimping van de verantwoordelijkheid van de huisarts onderkennen en op grond van deze overweging, het "genezen", gezien als meer technische interventie, centraal stellen. Tenslotte worden zij bij voorkeur ook teruggevonden bij de artsen die in een medisch team én de samenbundeling van de technische kennis én de intense samenwerking voor het welzijn van de patiënt centraal stellen.

Maar hoe staan de onderscheiden specialisten en de huisartsen zelf tegenover deze statement ? (App.II.22.).

Bij deze confrontatie scheiden zich de klinische biologen, de huisartsen en de neuropsychiaters duidelijk af van alle overige specialismen.

Zij vooral oordelen dat, ondanks toenemende specialisatie, de huisarts zijn verantwoordelijkheid blijft dragen over langere termijn. Een duidelijke meerderheid van hen onderkent aldus de continuïteit van de verstrekte zorg in de huisartsenpraxis. Dat de klinische biologen hier ook figureren, kan best gezien worden in het licht van de extreme situatie waarin zij verkeren. Hun "without-patient" praxis in laboratoria isoleert hen van de therapeutische relatie en juist dit kan er hen toe brengen de andere pool beter te percipiëren. Uit eigen onderzoek omtrent de verantwoording van hun keuze tot dit specialisme, is hun strikt wetenschappelijke belangstelling duidelijk af te leiden en zelden zijn de gevallen waar deze specialisten verklaren dat hun persoonlijkheid aan de basis van die beslissing ligt of dat de huisartsenpraxis hen minderwaardig voorkwam.

Opvallend is ook dat bijna de helft van de röntgen-specialisten (ook uitgesproken technici) die continuïteit in de huisartsenpraxis onderkennen. Hier kan wellicht deels ook een graad van isolement hun instelling conditioneren.

Bij de overige specialisten, die trouwens in veel beperktere mate de permanente verantwoordelijkheid van de huisarts voorhouden, vallen vooral de keel-, neus- en oorspecialisten, oogartsen, dermato-venerologen, urologen, chirurgen en orthopedisten op. Zij zijn duidelijk technische specialismen die hun eigen interventie als het ware losshaken van de ziekte als dynamisch gegeven.

Geldt dit ook voor de gynaecologen, waarvan nauwelijks tweevijfden de continuïteit in de huisartsenpraxis onderkennen, dan kan enerzijds de twijfel daaromtrent en anderzijds de zwakke aanwezigheid van de kinderartsen onverwacht voorkomen. Doch, voor beide laatstgenoemde disciplines heeft de bijzonderheid van de categorieën van de patiënten ("klienten") ongetwijfeld hun evaluatie van deze statement bepaald.

DEEL II

DE ZELFEVALUATIE VAN DE ARTS

HOOFDSTUK IV. ZELFEVALUATIE VAN DE ARTS IN EEN AANTAL ROLCOMPONENTEN.

4.1. Inleiding.

Enkel specifiek onderzoek naar de verantwoordelijkheden in het artsenberoep kan een antwoord verstrekken op de hiervoor gestelde vragen.

We menen evenwel dat in het raam van deze verhandeling een beperkt onderzoek naar de zelfevaluatie van de artsen in een aantal rolcomponenten reeds enige verduidelijking kan brengen.

Door "verantwoordelijkheden" wordt niet het juridisch begrip bedoeld, dat trouwens stilaan verdrongen wordt door het begrip "aansprakelijkheid" dat wél een juridische betekenis heeft. In termen van ons onderzoek duidt het begrip op een gevoel, een "zin" voor verantwoordelijkheid en heeft zodanig een sociologische betekenis.

Deze verantwoordelijkheid kan worden omschreven op grond van de sterke hechting vooral in het medisch beroep aan gemeenschappelijke waarden. D.w.z. de deelnemers hebben gemeenschappelijke gevoelens ter staving van het erin heersende waardepatroon. Daar deze hechting aan gemeenschappelijke waarden de onmiddellijke bevrediging van de noden van de deelnemers kan bewerkstelligen, is er ook een moreel aspect aan verbonden in die zin, dat de conformiteit in zekere mate ook de verantwoordelijkheden van de deelnemers in de brede sociale context waarvan zij deel uitmaken, bepaalt.

Het ligt dan ook voor de hand dat het specifieke brandpunt van de verantwoordelijkheid de gemeenschap is en dat de gevoelens, die de gemeenschappelijke waarden ondersteunen, niet gewoonweg inherent zijn aan die groep, maar worden aangeleerd en verworven.

Als dusdanig zijn dergelijke gevoelens, waardehoudingen, deel van de structuren van het persoonlijkheidssysteem van de deelnemers. Verantwoordelijkheid kan in dit sociologisch

kader dan worden geformuleerd als een geheel van waardehoudingen die artsen verworven hebben en op grond derwelke zij verondersteld worden alles te doen wat mogelijk en wenselijk is om de gezondheid te handhaven en ziekte te voorkomen, zoder dat zij, bij eventueel falen, aansprakelijk kunnen worden gesteld.

Ging onze aandacht totnogtoe hoofdzakelijk naar een aantal opinies van de artsen, dan wordt thans gepoogd enkele van de waardehoudingen in de rolvervulling van de artsen te identificeren.

Te dien einde werd aan de artsen een reeks van 46 statements ter beoordeling voorgeleed. Deze statements zijn constructies die uit een brede literatuurverkenning tot stand zijn gekomen. D.w.z. dat de literatuur zelden rechtstreeks toegang verleent tot identificatie van de in onderhavig onderzoek geformuleerde statements, maar dat vaak zeer literair bespiegelende beschrijvingen elementen bevatten, die ons voorkwamen als deelfacetten van de artsenrol.

Het is op basis van veelvuldige, ogenschijnlijk zeer gedifferentieerde en eerder toevallige auteursuitlatingen dat we tot meer precieze formuleringen konden komen, die aangrijpingspunten bleken te zijn voor een, zo niet volledige, dan toch meer gestructureerde benadering van de rolconceptie van de artsen.

Het hierbij door hen ingenomen standpunt betekent meteen dat zij zichzelf in deze onderscheiden waardehoudingen hebben geëvalueerd.

Door middel van de multivariate techniek van de factoranalyse vonden we vier van elkaar onafhankelijke factoren, die we menen een uitdrukking te zijn van die diepere waarden.

Dergelijke benadering van de artsenrol biedt ons de mogelijkheid na te gaan in welke mate de beoefenaar aan de sociaal-psychologische eis van zijn rolvervulling beantwoordt.

Wat de arts doet of niet doet hangt immers niet enkel af van zijn wetenschappelijke kennis of van de professionele

le ethiek, vastgelegd in een stel regels, maar ook van de verwachtingen van de leden van de gemeenschap en van de verantwoordelijkheden die hem worden toegewezen (17).

De medische praxis omvat dus niet enkel de toepassing van een bepaalde (nog vaak beperkte) biologische kennis, maar ook van een oriëntatie naar factoren die niet direct met die kennis verband houden, m.a.w. ook de toepassing van een niet onaanzienlijke dosis van sociale en psychologische kennis.

Menselijke interactie is immers een sociaal-psychologisch structureel geheel waarover de arts verondersteld wordt een zekere kennis te hebben. "Usually, we perceive... in non-cumulative terms", zegt J. Romano (1960) en stelt dan de vraag of dit ligt aan de onwetendheid of aan de beperkte informatie over wat werd aangeleerd en opgenomen in de geest of geaccumuleerd op het gebied van de psychologie en de sociale wetenschappen in verband met de dokter-patiënt relatie, de psycho-sociale kant van de ziekte of de kennis van de zieke zelf en zijn familie.

In elk geval mag worden verondersteld dat de huisarts bijvoorbeeld, veel beter dan om het even welke specialist de interfamiliale communicatie en het specifieke gedragspatroon intuïtief kan percipiëren, wat hem helpt zijn artsenrol te oriënteren naar deze vaak ingewikkelde verscheidenheid. De totale mens biedt zich immers bij de arts aan met een probleem dat, naast het louter somatische, medegevolg kan zijn van psychische of sociale omstandigheden (DROGENDIJK, A.C., 1965). Het is dan ook de taak van de arts, het oorspronkelijk probleem, dat aan de aangeboden ziekte ten grondslag ligt, te vinden. D.w.z. dat geen diagnose kan gesteld worden zonder enige kennis van de persoonlijkheid of van het woon-, werk- en leefmilieu van de patiënt, wat inhoudt dat de arts hierover moet informeren of geïnformeerd worden. Die informatie verkrijgen huisartsen en specialisten op verschillende wijze. De huisarts die ten huize van de patiënt komt, krijgt contact met het sociaal milieu van de patiënt en kan langs loutere observatie om, informatie krijgen die zoveel duidelijker is dan diegene die uit het gebruikelijk

gesprek moet blijken.

Ook tussen specialismen onderling kan het relatiepatroon sterk verschillend zijn, maar of er zó technische specialismen zijn dat dergelijke informatie volstrekt overbodig is, durven we betwijfelen. De moeilijkheid echter ligt in het achterhalen van de graad van noodwendigheid in deze. Gesteld mag worden dat, hoe miniem die eis ook moge zijn, het ontkennen van deze een remmende invloed kan hebben op het herstel van de patiënt.

De mate waarin zich dit relatiepatroon in de onderscheiden specialismen laat onderkennen, wordt thans in de hier navolgende hoofdstukken behandeld.

4.2. De factoranalyse (App.I.2°)

Door toepassing van de factoranalyse op 46 variabelen die betrekking hebben op de zelfevaluatie van de arts inzake zijn preventieve instelling en op een aantal waardehoudingen in zijn rolovervulling, werden vijf lineaire combinaties van variabelen gevormd met een verklaarde variantie van 31%. (App.IV)

Aangezien factor II specifiek betrekking heeft op de zelfevaluatie van de arts op het preventief vlak van zijn praktijk en deze als zijnsgebonden aan elke praktijk kan worden beschouwd, werd aan deze factor reeds in hoofdstuk 3.2.2. de nodige aandacht verleend.

De overige vier factoren (I, III, IV en V) zijn een duidelijke uitdrukking van de zelfconceptie van de arts over een aantal verantwoordelijkheden of waardehoudingen in de praktijk.

In de hoofdstukken hierna worden deze waardehoudingen in relatie gebracht met de berekende factorscores van de artsen. De gemiddelden en standaardafwijkingen van artsencategorieën op een aantal kenmerken worden alsdan op hun significantie getoetst.

4.3. De sociaal-integratieve rolcomponent.

4.3.1. Inleiding.

Uit de factoranalyse blijkt dat op de eerste factor negen variabelen hoog laden.

Var.	Lading	Uitspraak
129	0.56	Voor het herstel van een patiënt is het uiterst belangrijk...absoluut onbelangrijk... dat de arts het gezin van de patiënt betreft in het contact tussen hem en zijn patiënt.
122	0.54	In zijn dagelijkse praktijk moet de arts enige tijd voorzien om met elke patiënt die hij ontvangt of bezoekt een kort gesprek te voeren dat niet noodzakelijk in onmiddellijk verband staat met de klachten van de patiënt.
135	0.53	De bevolking moet tot een verstandige zienswijze worden opgevoed ten aanzien van de mogelijkheden en grenzen van de doktershulp.
128	0.50	Voor een adequate behandeling van de patiënt is het uiterst belangrijk...absoluut onbelangrijk... dat de arts de emotionele weerklank kent van de ziekte van de patiënt op diens gezin.
136	0.47	Om tot een doeltreffende behandeling van de patiënt te kunnen overgaan, moet de verhouding tussen arts en patiënt vlot verlopen.
145	0.46	De werkzaamheid van heel wat geneesmiddelen en behandelingsmethoden wordt eerder gestimuleerd door het vertrouwen van de patiënt in de arts die ze voorschrijft of toedient, dan door het geloof van de patiënt in de objectieve werkzaamheid van de bewuste geneesmiddelen en behandelingen zelf.

Var.	Lading	Uitspraak
147	0.44	De werkzaamheid van heel wat geneesmiddelen en behandelingsmethoden wordt eerder bepaald door het vertrouwen van de patiënt in de arts dan door de objectieve werkzaamheid van die middelen zelf.
123	0.40	Ernstige familiale moeilijkheden die nochtans van rechtswege geen tegemoetkoming voorzien, zouden voor de arts een voldoende reden moeten zijn om aan een "patiënt" een medisch attest ter excuus af te leveren.
125	0.39	Wanneer de arts een patiënt ontvangt, waarvan hij vermoedt dat bepaalde familiale omstandigheden (bvb. het samenwonen met schoonouders) de mogelijke oorzaak zijn van eventueel psychosomatische aandoeningen en de patiënt zelf hier geen verband legt, moet hij de patiënt openlijk op die toestand wijzen.

De negen uitspraken hebben betrekking op het complementair karakter van de rolvervullingen in de arts-patiënt relatie. Dit wil zeggen dat in de samenleving voor al die delen van die samenleving een innerlijke tendens bestaat zich in het geheel functioneel te integreren.

In de onderhavige rolcomponent komt dit o.m. tot uitdrukking in de uitspraak (hoogste lading : 0.56) dat, het voor het herstel van de patiënt belangrijk is dat de arts het gezin van de patiënt betreft in het contact tussen hem en de zieke. Immers, een lichamelijk ongemak ervaren, wekt bij de patiënt een gevoel van ongerustheid op. Er treedt een moeilijk te identificeren aanpassing op aan zijn sociale omgeving. Dit breekpunt komt in de regel in eerste instantie tot uiting in zijn normale gezinsgerichte rolvervulling.

Gezien het complementair karakter van rolvervullingen zal een adequate behandeling van de patiënt aldus slechts mogelijk zijn, wanneer de arts de emotionele weerklank kent van

de ziekte van de patiënt op diens gezin (uitspraak met lading 0.50).

In de arts-patiënt relatie veronderstelt de rol van de arts niet enkel die van de patiënt - en vice versa - maar de rol van de patiënt veronderstelt ook de rol van het gezin in het ziekteverschijnsel en omgekeerd. De arts dient ook hier weer rekening mee te houden. Wederkerigheid in deze relatie ligt voor de hand.

Deze wederzijdse erkenning van de onderscheiden rollen die trouwens voor elke geleding in de samenleving geldt, is een onmiskenbare voorwaarde om, ook in het kleinere systeem van de medische praxis een optimale verhouding mogelijk te maken. Wederzijdse erkenning houdt dan ook in dat de arts de omgeving van de zieke verkent. Dit kan hij langs een gesprek dat dus niet noodzakelijk in onmiddellijk verband staat met de klachten (uitspraak met lading 0.54).

Dit sociaal-integratief functioneel systeem berust op de menselijke persoonlijkheid. Elk individu zit gevat in een variërend aantal institutionele contexten en streeft hierin naar erkenning, waaruit volgt dat eenzelfde streven naar welzijn een zelfde normenstelsel veronderstelt. De uitspraak (lading 0.53) dat de bevolking tot een verstandige zienswijze t.a.v. de mogelijkheden en grenzen van de doktershulp moet worden opgevoed, sluit hier duidelijk bij aan.

In welke mate zich de respondenten in deze rolcomponent weten te identificeren, blijkt uit de hiernavolgende resultaten van het onderzoek.

4.3.2. Resultaten van het onderzoek.

Bij de beoordeling van deze component weten zich bijna de helft der respondenten sociaal-integratief ingesteld, waarbij de leeftijd van de arts enigszins een rol blijkt te spelen. We zouden het zo kunnen formuleren dat de jongere arts zich niet zo gemakkelijk in deze component weet te situeren omdat het hem niet enkel op het gebied van de medische kennis aan ervaring ontbreekt, maar ook in het "leven". M.a.w. te vlug

neemt hij misschien een beslissing of grijpt hij naar de nieuwste onderzoeksmethode ten koste van een voldoende directe observatie van de omgevingsfactoren, wat zoals we vroeger zagen, door oudere artsen als een routine-zaak wordt opgevat.

Het kan dan ook als normaal worden aanvaard dat, oudere artsen zich relatief meer dan hun jongere collega's in de sociaal-integratieve rolcomponent terugvinden en wel in die zin dat, hoe meer ervaring een arts heeft, en in de regel analoog daarmee, hoe ouder hij is, des te meer hij bedachtzaam zal zijn dat hij rekening dient te houden met de nevenverschijnselen die de marginaal sociale positie van de patiënt op zijn directe omgeving kan sorteren. Zonder vreemde elementen in de arts-patiënt relatie een kans te geven, is hij wellicht ook meer dan zijn jongere collega's de patiënt-geöriënteerde dokter die vertrouwen wekt langs zijn grotere maturiteit. Het onderscheid tussen jongere en oudere artsen in deze evaluatie valt echter vooral sterk op bij de extreme leeftijdscategorieën.

Deze overwegingen sluiten aan bij de evaluatie die oudere artsen aan hun academische opleiding hechten. Hoewel niet te duidelijk uitgesproken, blijken de artsen die hun opleiding in haar geheel adequaat vonden, zich sterk in de sociaal-integratieve component terug te vinden. Nu stellen we vast dat het juist die personen zijn die oordelen dat hun opleiding adequaat is geweest, ook de artsen zijn die zich relatief meer dan de anderen met deze component het best weten te vereenzelvigen, wat er kan op duiden dat de oudere artsen reeds van zeer vroeg en dank zij een aangepaste opleiding, het belang van deze component onbewust hebben aanvoeld.

De zelfevaluatie verschilt ook duidelijk significant naargelang de waardering die de arts voor de samenwerking in het medisch-teamwerk weet op te brengen. Deze vaststelling sluit goed aan bij een specifiek onderzoek terzake over medisch-teamwerk van E.G.DOHERTY en J.HARRY (1976).

Vooraf de artsen die in het medisch team zowel de samenbundeling van de technische kennis als de samenwerking voor het

welzijn van de patiënt als uiterst belangrijk evalueren, weten zich het best als sociaal-integratief ingestelde artsen te situeren. Hun zin voor een technisch-humane benadering van de patiënt reflecteert hun zelfevaluatie op het sociaal-integratieve vlak van de therapeutische relatie. Uit aanvullend onderzoek, niet opgenomen in deze studie, blijkt hen ook een begrijpende houding als bijkomende eigenschap te kunnen worden toegekend.

Met het beoefend specialisme werd geen statistisch significante relatie gevonden, hoewel de duidelijk hogere vertegenwoordiging van de neuro-psiater bij de uiterst positief ingestelde artsen tot enige overweging uitnodigt (App.II.23).

Hoewel deze specialisten vooral tot de jongere generatie van het artsencorps behoren en deze zoals hierboven gezien, zich minder dan de oudere artsen in deze component terugvinden, treffen we er de neuro-psiater duidelijk meer aan. Dit wijst er op dat de neuro-psichiater niet of minder in deze categorie van jongere artsen gevat zitten, maar zich wel degelijk uit hoofde van hun specialisme in een uitzonderingspositie plaatsen bij hun zelfevaluatie in deze component.

4.4. De informatieve rolcomponent.

4.4.1. Inleiding.

Bij de tweede combinatie van samenhangende variabelen zijn tien uitspraken betrokken met hoge lading (factor III in App. IV).

Var.	Lading	Uitspraak
151	0.60	Wanneer de arts over het waarom van de voorgestelde therapie uitleg verstrekt, dan doet hij dit omdat dan eerst samenwerking mogelijk is.
163	0.56	Preventie veronderstelt alleszins een zekere kennis vanwege de arts over de houding van de patiënt ten aanzien van ziekte en gezondheid en dit is een factor die in de geneeskundige praxis nog onbestaande is.

Var.	Lading	Uitspraak
143	0.55	Om een nauwe samenwerking vanwege de patiënt te bekomen, moet de arts erover waken dat de patiënt volledig begrijpt wat de geneesheer doet.
150	0.49	Wanneer de arts over het waarom van de voorgestelde therapie uitleg verstrekt, doet hij dit omdat de patiënt er recht op heeft.
152	0.45	Wanneer de arts over het waarom van de voorgestelde therapie uitleg verstrekt, doet hij dit om een nieuwe of ergere aandoening te voorkomen.
144	0.44	Voor een adequate behandeling van de patiënt is het over het algemeen wenselijk dat de arts de patiënt onttrekt aan de invloed van zijn gezin.
153	0.36	De meerderheid van de patiënten brengen de dokter door hun openheid in het gesprek op een spoor dat niet zuiver medisch is, maar dat nuttig is bij het stellen van een diagnose.
126	0.33	Over het algemeen is het beter dat de arts een door een patiënt vermeende, ernstige ziekte afwentelt naar een andere, minder ernstige ziekte, dan het de patiënt duidelijk te maken dat hij niets mankeert.
161	0.32	Over het algemeen is het aangewezen dat de arts eventueel op het einde van het gesprek aan zijn patiënt volgende vraag stelt : "Wat verwacht U nu van mij?".
154	0.39	Uitleg geven aan de patiënt doet over het algemeen meer kwaad dan goed.

Deze factor duidt op het belang in de arts-patiënt relatie van de informatieverstrekking.

Deze is een onontbeerlijke voorwaarde tot samenwerking (statement met lading 0.60). In veel ziektegevallen is het de aangewezen weg om de therapeutische relatie optimaal te laten functioneren en de patiënt te laten aanvoelen dat de arts werkelijk met zijn welzijn bekommerd is.

Bij bepaalde aandoeningen (bvb. hartziekten, diabetes), maar ook op het stuk van de preventieve geneeskunde is informatie verstrekken uiterst belangrijk. Er mag dan ook verondersteld worden dat de arts een zekere kennis heeft over de houding van de patiënt ten aanzien van ziekte en gezondheid. In de medische praxis is deze visie echter nog niet ingeburgerd (lading 0.56). Anderzijds moet gesteld worden dat, ten einde samenwerking in de hand te werken ook bij de patiënt een zekere kennis aanwezig is of beter dat hij precies begrijpt wat de dokter doet (lading 0.55). Hier moet de arts voor instaan, want in het licht van de subjectieve beleving van de patiënt van zijn ziekte, verlangt deze wanneer hij zich met zijn klachten aanbiedt, meteen ook verlost te worden van een bepaald angstgevoelen en dit kan niet geschieden zonder een zo volledig mogelijke, als wenselijke uitleg door de arts.

Discussie is hier echter steeds bestaande wanneer de arts duidelijk moet gaan onderscheiden of en wanneer hij de ziekte volledige uitleg kan, durft en moet verstrekken.

Ook over het waarom van de informatieverstrekking wordt vaak gediscussieerd. Immers, uitleg verstrekken kan, zoals reeds vermeld, psychologisch goed zijn omdat het de patiënt coöperatief instelt, maar ook omdat de patiënt er recht op heeft (18) (lading 0.49) of omwille van het preventieve effect ervan (lading 0.45).

In elk geval zijn informatie en gesprek in de arts-patiënt relatie zijnsgebonden. We benadrukken hier evenwel dat in deze rolcomponent enkel het psycho-therapeutisch effect van informatie en communicatie wordt bedoeld en distantie wordt ge-

nomen van het begrippenpaar "psycho-therapeutisch gesprek" dat een andere inhoud heeft.

Met betrekking tot deze rolcomponent zijn een aantal significante relaties naar voren getreden. We bespreken ze hier-na.

4.4.2. Resultaten van het onderzoek.

Zoals bij de sociaal-integratieve component stellen we in de zelfevaluatie van de informatieve component een analogie vast tussen leeftijd en "waardering van de academische opleiding". Naarmate de artsen tot een oudere leeftijdscategorie gaan behoren of ten aanzien van de genoten academische opleiding positief zijn ingesteld, ook wat de menselijke contacten betreft, stijgt ook op zeer duidelijke wijze het percentage van hen die zich in de informatieve component uitdrukkelijk weten te situeren. Ook hier zal hun ervaring of de contactrijke medische opleiding die zij mochten genieten, hen het gevoel hebben bijgebracht dat aandacht voor het informatieve aspect in de therapeutische situatie niet kan worden genegeerd. Al heeft het gesprek niet steeds een therapeutisch effect, dan toch biedt het de arts vaak de gelegenheid allerlei problematische toestanden te vinden die (niet steeds noodzakelijk) tot klachten hebben geleid, maar die daarom niet per se een weergave zijn van de reële aandoening. Ervaren artsen hebben wellicht ook dit voordeel dat dergelijke patiënten zich gemakkelijker ontsluiten voor hen.

Deze informatieve geïntereerdheid blijkt ook meer op te treden bij artsen die hun praxis het langst of steeds in stedelijke gebieden uitoefenen en ook bij artsen die in stedelijke woongebieden van de hogere sociale lagen of van én hogere én hoger gemengde sociale lagen hun beroep uitoefenen. Meer dan de plattelandsartsen die in de sociaal lagere woongebieden van steden hun praxis hebben, worden zij wellicht aangezocht tot het verstrekken van informatie of tot het voeren van een gesprek over persoonlijke moeilijkheden, waartoe stadsbewoners in hun sociaal-hogere woonomgeving minder kanser hebben. De arts in

deze gebieden is dan wellicht de figuur waarmee dergelijk contact wél mogelijk is.

Een differentiële visie over deze rolcomponent blijkt ook geconditioneerd door het verschil in waardering van de doelstrevingen bij medisch teamwerk.

Informatie verstrekken omvat immers naast het inlichten van de patiënt, voor een goed deel het geven van voorlichting met het doel de patiënt, maar ook zijn omgeving, tot een gedrag te brengen dat gunstig is voor zijn gezondheid. Zonder dieper in te gaan op de brede waaier waarop dit voorlichtend optreden van de arts van toepassing kan zijn, ligt het voor de hand dat de arts hierbij een reeks verantwoordelijkheden draagt die in elke therapeutische relatie als een continuüm optreden. Zo kan bij medisch teamwerk gesteld worden dat de verantwoordelijkheden als het ware aan een verdunningsproces onderhevig zijn, daar alle deelnemers er bij betrokken worden.

We stellen dan vast dat artsen die de gedeelde verantwoordelijkheid bij teamwerk hoog aanschrijven, zich duidelijker op het informatieve vlak situeren dan de anderen en verder, dat zij die zowel de technische inbreng als het welzijn van de patiënt in dat teamwerk zeer belangrijk achten, zich eveneens duidelijk op het informatieve vlak van de praxis terugvinden. Men zou ze "patiënt-gerichte" artsen kunnen noemen, in tegenstelling tot de "science-geöriënteerden" die zich niet weten te situeren op het informatieve vlak en bij voorkeur artsen zijn die in medisch teamwerk enkel de gezamenlijke inbreng van de technische kennis centraal stellen. Het minst informatief ingestelden zijn de artsen die geen enkele doelstreving bij medisch teamwerk een centrale plaats toekennen.. Mogen we hen dan rekenen tot de voor de samenleving "anonieme doctor-orientated" artsen, die enkel voor zichzelf bestaan ?

Vervolgens zijn de artsen die veel waardering opbrengen voor de geïnstitutionaliseerde preventieve initiatieven, meteen personen die zich duidelijk in de informatieve component weten te plaatsen, maar een heel wat belangrijker aanwijsbare statistische significante relatie betreft het specialisme (App. II.24).

Weten zich bij uitstek zeer uitdrukkelijk in onderhavige rolcomponent te situeren : de cardiologen, pneumologen, mondartsen en klinische biologen.

Is het verstrekken van informatie aan de patiënt als redelijke verwachting van deze, een in de regel niet alledaags gebeuren in het dokterscabinet, dan mag het, vooral wat de cardiologen en longartsen betreft, belangrijk heten dat deze specialisten aan de top figureren in de informatieve zelfevaluatie (19).

Draagt bovendien de verstrekte informatie, hetzij een oriënterend, hetzij een geruststellend karakter of bevredigt zij "tout court", dan toch zal in deze specialismen vooral de inhoud van de verstrekte informatie de aandacht trekken. Immers uit de stelselmatig van overheidswege gestimuleerde bevolkingsonderzoeken (intradermo-reactie onderzoek, röntgenoscopie) en populariserend medische bijdragen der massamedia over hartziekten (20), mag met voldoende zekerheid worden aangenomen dat de meerderheid der patiënten zich niet enkel met de meeste belangstelling, maar vooral met een aanzienlijke onzekerheid bij deze specialisten aanmelden. Vitale organen staan immers op het spel, waarbij het vertrouwen, zoniet het geloof, dat de medische wetenschap voldoende is gevorderd, het moet halen op het gevoel van onzekerheid dat voortspruit uit de onwetendheid omtrent de kansen van herstel.

Nu is het wel zo dat in deze specialismen de arts vaak, zowel met vermeende als met ernstige aandoeningen geconfronteerd wordt en in het laatste geval staat het buiten alle twijfel dat hij toch voor moeilijke opgaven komt te staan.

De voorlichting van overheidswege over de hier betrokken aandoeningen kunnen hem echter als voldoende waarborg voorkomen dat een adequate d.w.z. omzichtige informatie terzake, aan de patiënt richting en inhoud geeft aan zijn nieuwe situatie. M.a.w. het onzekerheidsgevoel wordt aan banden gelegd door een betere aanpassing aan de nieuwe omstandigheden. Herinneren we hier ook aan de duidelijk preventieve instelling van deze

specialisten. Door deze nieuwe gedragslijn van de patiënt te bewerkstelligen, worden ook eventuele ongewenste emotionele invloeden (aandikken van de angst) van het gezin beter geweerd.

Voor de klinische biologen, die hier ook beduidend sterker dan de andere specialisten vertegenwoordigd zijn, menen we dat hun duidelijke zelfevaluatie rechtstreeks te koppelen is aan de techniciteit van hun vak en naar essentie moeilijk op één lijn kan worden geplaatst met de eigenwaardering terzake van andere, niet technische specialismen. Kan enkel meer specifiek onderzoek hierop een duidelijk antwoord verstrekken, dan toch menen we dat, analoog met hun randmedische interesses, een identieke verklaring kan gelden met name, dat hun geïsoleerdheid zelve, hun technische afzondering als het ware, een nieuwsgierige drang naar - zoals eigen aanvullend onderzoek uitwijst - algemeen medische literatuur oproept waarin zij de zieke als gehele persoon herontdekken (21).

Voor de hoge vertegenwoordiging van de mondartsen is een direct aanknopingspunt voor de informatieve zelfevaluatie eveneens moeilijk aanwijsbaar. Evenwel kan, zoals bij de cardiologen en pneumologen, natuurlijk onrechtstreeks, de zeer duidelijke preventieve instelling van deze specialisten worden ingeroepen, waarbij hun zin voor het verstrekken van voorlichting aansluit bij hun onderhavige zin voor het verstrekken van inlichting, zij deze nu een uitdrukking van hun gewilligheid de nogal verspreide nieuwsgierigheid terzake van de patiënt te bevredigen of zij het een middel om de patiënt op een duidelijke wijze te overtuigen dat ernstige pijnklachten niet steeds een voorbode zijn van ernstige afwijkingen en/of ingrijpende behandelingen.

Bij de matig positief ingestelde artsen vinden we nog zeer duidelijk een groter aantal anesthesisten terug. De positieve zelfevaluatie van deze, in feite dienstverlenende specialist heeft o.i. een beperkte inhoud. Centraal staat voor hem het probleem van de angstige patiënt, die zijn bewustzijn tijdelijk prijs moet geven. De beperkte tijd waarover deze specia-

list in de regel beschikt (of die hij slechts voorziet) om contact op te nemen met de patiënt, moet hij benutten om het begrijpelijk angstgevoelen te mildereren of op te heffen. Zijn informatieve inzet komt aldus neer op een geestelijk begeleiden-de communicatie met de patiënt, waarbij hij in verstaanbare taal zijn technische ingreep uitlegt. Zodoende draagt de informatieve zelfevaluatie van deze technicus een quasi uitsluitend geruststellend karakter.

Ook de internisten en gastro-enterologen komen hier nog aanzienlijk aan bod, doch hun "matig positieve" zelfwaardering kan eerder verklaard worden uit de moeilijkheidsgraad van hun specialisme, m.a.w. door de graad van eigen onzekerheden waarmee deze specialisten vaak bij diagnose en therapie worden geconfronteerd. Hierbij kan worden overwogen of het wel wenselijk is de patiënt met deze onzekerheden bekend te maken, daar dergelijke openheid de kans tot emotioneel engagement van de arts in zijn relatie tot de patiënt kan vergroten.

Voor al chirurgen en orthopedisten zijn artsen die zich slechts zwak in de informatieve rolcomponent identificeren. Deze artsen werken in hoofdzaak in ziekenhuisverband en daar voeren zij, als strikt technische en weinig contextbehoevende specialisten, de hen vertrouwde opdrachten uit en behoudens de technische relatie, bestaan er mogelijks minder contacten met de patiënt, waarin de informatieve rolcomponent aan bod zou kunnen komen.

Ook de fysiotherapeuten, reumatologen en radio-radium-therapeuten weten zich moeilijk op dit vlak te situeren. Voor hen kan worden aangevoerd dat, eens zij hun zeer belangrijke preventieve rol hebben gespeeld, de informatie over de te volgen therapie doorspelen aan andere medici en ook paramedici.

De gynaecologen/verloskundigen erkennen zich wel iets duidelijker in deze rolcomponent, maar hun positie valt toch buiten ons verwachtingspatroon daar, behoudens de zorg om de bevalling zelf, de activiteiten van de verloskundige vooral in de prenatale periode te situeren vallen, waar informatie niet enkel op het somatische, maar ook en misschien vooral op het

psychische vlak van aanzienlijk belang is. Van kraamzorg maken we hier geen gewag daar deze ten volle binnen de bevoegdheden van de vroedvrouw valt. Of zijn sommige gynaecologen/verloskundigen de mening toegedaan dat te veel informatie verstrekken aan vrouwelijke patiënten ongewenste paniektoestanden kan creëren? Verder onderzoek zou ook hier wellicht een antwoord kunnen op geven.

Enige aandacht vraagt ook de positie van de huisartsen, waarvan zich niet eens de helft met de informatieve component identificeren. Drukt de intense bezetting van hun praxis de informatieve inzet omlaag? Of is zijn beperkte aanwezigheid te koppelen aan zijn kritiek op de medische opleiding, waar hij o.m. het gebrek aanklaagt van een opleiding over mentaliteit en psychologie van de patiënt? Werd of wordt de opleiding van de huisarts voor zijn maatschappelijke rol nog verwaarloosd? Ontbreekt het hem aan diagnostische aandacht?

Tenslotte kan ook moeilijk worden voorbijgegaan aan de eerder geringe vertegenwoordiging van de neuro-psychiaters. Vooral in dit specialisme kon een top-positie worden verwacht, zodat deze belangrijke informatieve rolcomponent in zekere zin ondergewaardeerd blijkt te worden. Enige reserve is hier echter geboden daar in dit specialisme, niet enkel ten aanzien van de patiënt, maar vaak ten aanzien van andere specialisten, waaronder ook de huisarts, een grotere discretie moet worden aan de dag gelegd.

Of beoogt deze specialist met de uitleg die hij aan de patiënt verstrekt, vooral een therapeutisch effect? Is dit soms een reactie op een mentaliteit die de gehele samenleving kenmerkt en zich ook in de medische sector manifesteert, met name, de eis tot tastbare interventie en tot direct meetbare resultaten, wat nu eenmaal niet behoort of kan behoren tot de geboden behandelingsmethodiek in dit specialisme bij complexe neurologische en psychiatrische ziekte-toestanden? Is het omwille van de gevoeligheid voor lekenkritiek dat deze specialist in de informatieve rolcomponent "slechts" een middenpositie bekleedt?

Voor de zieke hoort de arts immers op zichtbare of direct voelbare wijze tussen te komen en dit doet de psychiater niet. Meestal doet hij beroep op de zelfwerkzaamheid van de patiënt en dit wekt bij deze de indruk dat zijn behandelende arts zelf niet actief is.

4.5. De sociaal-opvoedende rolcomponent.

4.5.1. Inleiding.

In deze derde combinatie van samenhangende uitspraken (factor IV) worden acht variabelen met hoge lading betrokken.

Var.	Lading	Uitspraak
155	0.53	Het publiceren in tal van dag- en weekbladen van medische artikels doet over het algemeen meer kwaad dan goed.
157	0.44	Het staat de arts vrij een patiënt die een ziekte voorwendt, al dan niet uitleg te geven over zijn weigering een medisch attest af te leveren.
158	0.41	Wanneer een "patiënt" openlijk bekend dat hij niet ziek is, maar wegens zekere moeilijkheden om een medisch voorschrift verzoekt, is de arts niet verplicht zijn weigering nader te omschrijven.
153	0.36	De meerderheid van de patiënten brengen de arts door hun openheid in het gesprek op een spoor dat niet zuiver medisch is, maar dat nuttig is bij het stellen van een diagnose.
123	-0.51	Ernstige familiale moeilijkheden die nochtans van rechtswege geen tegemoetkoming voorzien, zouden voor de arts een voldoende reden moeten zijn om aan een "patiënt" een medisch attest ter excuus af te leveren.

Var.	Lading	Uitspraak
124	-0.46	In de medische praxis is het gebruikelijk zich tegemoetkomend te tonen ten overstaan van patiënten die slechts bij wijze van uitzondering om een medisch voorschrift verzoeken om niet-medische redenen.
156	-0.38	De medische uitzendigen van de onderscheiden T.V.-zenders zijn als een noodzakelijke informatie aan het brede publiek aan te moedigen.
150	-0.32	Wanneer de arts over het waarom van de voorgestelde therapie uitleg verstrekt, doet hij dit omdat de patiënt er recht op heeft.

De uitspraken wijzen er op dat de arts de strikt therapeutische relatie moet weten gaaf te houden door aan het gevaarlijk stadium van de "vlucht" in de ziekte het hoofd te bieden.

Het staat aldus de arts vrij een patiënt die een ziekte voorwendt, al dan niet uitleg te geven over zijn weigering een medisch attest af te leveren (lading 0.44). Evenmin is de arts verplicht zijn weigering nader te omschrijven, wanneer een "patiënt" openlijk bekent dat hij niet ziek is, maar wegens zekere moeilijkheden om een medisch voorschrift verzoekt (lading 0.41). Dergelijke houdingen moeten gezien worden in het licht van het geheel van maatschappelijke normen langs dewelke de aanpassingsverwachtingen (van de anderen) en het eigen gedragspatroon in de rolvervulling wordt bepaald. In de arts-patiënt relatie verwacht de arts coöperatie, goede wil, begrip voor zijn optreden en verwacht de patiënt op zijn beurt dat de dokter hem helpt, zij het nu onder vorm van genezing, verlichting of geruststelling.

Een belangrijke inbreng van de arts is echter ook dat hij wellicht de enige persoon is die individuen kan ontslaan van hun normale sociale verplichtingen ("medisch ventiel voor

maatschappelijk falen" zegt VAN DOORN (1956)) en dit op grond van ziekte of onbekwaamheid. Wanneer dit zijn opdracht is, dan moet hij dit enkel doen wanneer het nodig is. Dan dient hij de waarheid. Hij dient echter de waarheid evenzeer, wanneer hij in bovengenoemde situaties weigert een medisch attest af te leveren. Hij moet immers op zijn hoede zijn, ten einde te beletten dat in de arts-patiënt relatie ongewenste morele of waardeoordelen binnendringen, die dysfunctioneel kunnen werken op de zekerheidsverhoudingen in de medische praxis.

Ook ernstige familiale moeilijkheden (lading -0.51) of uitzonderingsgevallen (lading -0.46) horen tot deze stelregel. Immers de arts streeft in zijn optreden naar communicatie en interactie met de patiënt en wanneer deze verwachtingen niet kunnen worden ingelost uit hoofde van een discrepantie met de rolverwachtingen van de patiënt, kan de medische situatie niet tot stand komen.

De bevolking moet in die zin worden opgevoed. Massamedia kunnen hiertoe een zeer belangrijke bijdrage leveren. Reserves moeten echter worden gesteld. Immers het publiceren in tal van dag- en weekbladen van medische artikels heeft meer kwade dan goede kanten (lading 0.53).

4.5.2. Resultaten van het onderzoek.

Een aantal variabelen, waaronder ook het specialisme, vertonen een significante samenhang met deze rolcomponent.

Wellicht door het grote aanbod van patiënten die de arts te veel in functie van hun persoonlijke moeilijkheden opzoeken, zijn de artsen die hun voorkeur op de individuele praxis laten vallen, meer dan zij die de groepspraxis verkiezen, geneigd de formulering van deze component bij te treden, dit als de uitdrukking van een afweermechanisme tegen te emotioneel geladen verwachtingen van de patiënt, die zij in de enge "face-to-face" relatie veelvuldig ontmoeten.

Deze afwerende houding vinden we ook duidelijk meer terug bij artsen die in de samenwerking in een medisch team zowel de technische samenwerking als de globale inzet voor het

welzijn van de patiënt hoog waarderen. Wellicht zien zij in dergelijke houding een middel om zekerheid te verwerven in hun optreden of omgekeerd, een middel tot het verwerken van onzekerheden. Zij zien dus die samenwerking positief, d.i. : op basis van wetenschappelijke kennis de lijdende tegemoet komen. Hun visie over deze component sluit hier direct bij aan. Immers, vreemde waardeoordelen in de medische situatie dulden zij niet, enkel voor reële noden stellen zij met alle begrip hun medische kennis ter beschikking (22).

De tegenhanger van deze vinden we uitdrukkelijk terug bij artsen die enkel het welzijn van de patiënt centraal stellen. Hierbij kan worden overwogen dat deze artsen, meer dan hun andere collega's het risico lopen emotioneel geëngageerd te geraken, daar zij de vakkennis secundair stellen. Het gezagspatroon loopt hierdoor het gevaar niet specifiek geïoriënteerd te worden op het domein van ziekte en gezondheid. Vandaar dat ook bij deze artsen er relatief minder personen zijn die zich met de sociaal-opvoedende component, zoals hij hen werd voorgelegd, weten te vereenzelvigen.

Een interessante vaststelling valt ook te vermelden in verband met de ervaring die de artsen met paramedici hebben. Zo blijkt duidelijk dat, artsen die verklaren nog niet ervaren te hebben dat, door het optreden van deze hulpkrachten de behandeling van hun patiënten vergemakkelijkt werd, dat zij "waakzamer" en "strenger" zijn ten aanzien van niet-medische aanbiedingen dan collega's die wel reeds genoemde ervaring opdeden.

Deze vaststelling wordt gesterkt door een tweede significante samenhang in dit verband nl., dat naarmate de diversiteit van de ervaring met paramedici stijgt, het aantal artsen dat zich in de sociaal-opvoedende component terugvinden, daalt.

Hieruit mag met een voldoende zekerheidsgraad worden geconcludeerd dat deze artsen de niet strikt-medische gevallen waarmee ze geconfronteerd worden, aan paramedici overlaten en zich dan ook minder zelf actief op het sociaal-opvoedend terrein begeven, ipso facto, er zich minder mee weten te identificeren.

Tenslotte rest de significante relatie met het beoefend specialisme (App.II.25).

Sterk positieve uitlopers treffen we niet aan. De dermato-venerologen en urologen komen hier relatief het meest voor. Is een verklaring moeilijk te formuleren, dan kan geopperd worden dat, gezien zij specialisten zijn waaronder significant meer personen voorkomen die een private praxis hebben dan dit het geval is bij de andere specialisten (zij opteren ook duidelijk meer voor de individuele praxis), zij ook meer dan hun collega's de kans lopen, patiënten te ontmoeten die voor zogenaamde 'bagatel'-gevallen om een medisch excuus verzoeken.

De situatie van de huisarts ligt anders. Hij, meer dan de andere artsen wordt in zijn dagelijkse praxis geconfronteerd met de risico's, verbonden aan te hechte banden met zijn patiënten. In de regel komt hij ten huize, komt hij in contact met het sociaal milieu van de patiënt en krijgt ongevraagd informatie, niet enkel over aangelegenheden die hem nuttig zijn, maar ook over ongevraagde confidenties die de broze grenzen van de medische relatie te buiten gaan. De huisarts blijkt dit meer dan veel van zijn specialistische collega's te ervaren en weet in dergelijke gevallen significant meer dan hen een afstandse houding aan te nemen.

Dat de fysiotherapeuten, reumatologen en radio-radiumtherapeuten, wier disciplines onderling duidelijke aanknopingspunten hebben, hier ook figureren ligt o.i. bij de aard van het specialisme zelf. Simulatie vanwege de patiënt is uitgesloten; de manifeste ernst van vele gevallen waar het in deze specialismen om gaat, belet hen anders te denken. Teveel worden zij geconfronteerd met aangeboren afwijkingen of zijn zij specialisten van het "tweede contact" uit hoofde van verwijzingen, waarbij de ziekte vóór hen reeds werd geselecteerd. 'Excuus'-gevallen komen bovendien uiteraard weinig voor en desgevallend zijn zij ook zo niet bereid van hun 'terzake'-instelling af te wijken. Hun denkpatroon is sterk op reële noden ingesteld.

Een aanzienlijke aanwezigheid van chirurgen en orthopedisten bij de positieve zelfevaluatie kan worden verklaard uit de hoogst technische aangelegenheid van hun specialisme dat hen wellicht gebiedt zich te distanciëren van het emotioneel engagement, wat niet betekent dat hun affectieve neutraliteit absoluut is. Op grond van hun hoge (technische) verantwoordelijkheidszin die zij, zoals eerder gezien, ten aanzien van de genomen risico's hoog aanschrijven, groeit wellicht een autoritaire attitude die hen tot radicale beslissingen uitnodigt. In cruciale momenten van de therapeutische relatie dulden zij geen vreemde elementen.

Meer dan andere specialisten zijn zij dan ook wellicht geen fervent voorstander van vulgariserende medische bijdragen van de massamedia die de obsessies van hun lezers en kijkers kunnen verhogen en de medische realiteit vervormen. Verder onderzoek zou echter moeten uitwijzen of hun houding zich in de post-operatieve fase gaat wijzigen.

Dat de keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen globaal beschouwd, ook aanzienlijk vertegenwoordigd zijn kan andermaal uit de specificiteit van hun specialisme worden verklaard. Door het vigerend systeem van directe bereikbaarheid hebben, zoals voldoende gekend, deze specialisten een druk cliënteel. Uit enige toegevoegde informatie vernemen we echter dat deze specialisten significant minder bekend zijn met het sociaal milieu van hun cliënteel, wat kan wijzen op hun afstandshouding op dit vlak. Hieruit menen we te mogen concluderen dat hun zelfevaluatie als evident kan worden beschouwd.

Onder de artsen die zich weinig of niet in de sociaal-opvoedende rolcomponent weten te situeren, figureren verhoudingsgewijze vooral de mondartsen. Dergelijke toegeeflijke houding kan een mogelijke uitleg vinden in de meer labiele verbondenheid in dit specialisme tussen arts en patiënt, wat deze "laconische" uitspraak verklaart. Ook kan de aard van het specialisme zelf, waarin zich slechts weinig patiënten met niet-medische redenen aanbieden, een verklaring zijn.

Dat vervolgens ook de neuro-psychiaters zich zeer duidelijk distancieren van de sociaal-opvoedende component vergt wel een meer uitvoerige uitleg.

Het arbeidsveld van deze specialisten kan zich op praktisch elk gebied van maatschappelijke zorg spreiden. Meer dan om het even welke andere specialist worden zij bezocht door "patiënten" die hun emotionele conflicten niet aankunnen en die een gemakkelijk compromis vinden in de klacht zelf, waarmee zij bij inwilliging van de arts, de sociale rol van patiënt toebedeeld krijgen. In dergelijke gevallen waar de drie velden van Querido, met name het sociale, het psychische en het somatische veld in voortdurende wisselwerking verkeren en waarin elke actie naar alle kanten wordt voorgeleid werkt deze specialist op een uiterst moeilijk terrein, dat uiteindelijk dan toch uitdrukkelijk tot zijn competentie behoort waaraan hij ook de volle aandacht schenkt en een begrijpende houding aanneemt. Nochtans kan men met deze zeer uitdrukkelijk negatieve zelfevaluatie het gevoel hebben dat deze specialisten aan het sociaal-opvoedend terrein voorbij gaan. Het resultaat moet echter gezien worden in het licht van dit specialisme. Meer dan andere specialisten is de neuro-psychiater - voor zover zijn activiteiten zich niet op het neurologisch terrein laten situeren - de arts die gevallen behandelt die, op grond van hun psychische natuur, niet door de huisarts kunnen worden benaderd. Aanvaard moet immers worden dat, de neuro-psychiater toch een bijzondere plaats inneemt in het artsenkorps, daar zijn tussenkomsten weinig of geen technische onderzoeken omvatten, geldt het nu verwijzingsgevallen van internisten, dermatovenerologen of oogartsen, of onderzoek van het eerste contact. Wat er ook van zij, het blijft moeilijk een scheiding te trekken tussen het psychische en sociale veld en daar juist is de neuro-psychiater zich van bewust. Het is zijn competentie die hem een antwoord moet geven op de vraag: hebben psychische stoornissen secundair sociale stress veroorzaakt of omgekeerd, want wisselwerking is niet uitgesloten.

Deze complexiteit ligt aan de basis van de negatieve zelfevaluatie, die dan eerder de uitdrukking is van een twijfel rond het begrippenpaar "niet-medische-redenen" in de vraagstelling en van hun competente overtuiging dat, aanbieding van "familiale moeilijkheden" een uiting kunnen zijn van sociale moeheid van de patiënt, waarvoor het steeds de moeite loont zich een inspanning te getroosten. Die inspanning wordt vooral opgebracht door de neuro-psiater bij dewelke het in de regel langer durende gesprek vaak een verhelderende functie heeft.

Hun zelfevaluatie getuigt dan ook van een begripvrije en zeker niet zo starre houding t.a.v. 'excuus-gevallen'. Wel zal hij desgevallend en zo nodig, dergelijke patiënten op hun maatschappelijke verplichtingen wijzen, maar heeft hij dan toch blijk gegeven van begrip voor de aangebrachte moeilijkheden. Herinneren we hier nochtans aan hun evaluatie van het paramedisch equipment waar zij ten volle van gebruik maken. We durven hier dan ook opperen dat deze specialisten, in onderhavige gevallen, overtuigd zijn dat die moeilijkheden dan maar best opgelost worden door die paramedici, waar de neuro-psiater graag naar verwijst.

Weet deze specialist zich aldus op die wijze van een te strakke binding te distanciëren of is dit nu precies een aspect van zijn taak : de mens leren zelf zijn ziekte te hantieren door hem langs 'competente' beroepshulpverleners te leiden naar soortgelijke patiëntengroepen waar ze elkaar van nut kunnen zijn ?

Treden tenslotte ook de klinische biologen in dezelfde volgorde aan, dan moet hun instelling hier met het nodige voorbehoud worden genomen, daar hun contact met patiënten tot het absolute minimum is herleid en zij zich derhalve op een enge basis d.w.z. meer als observator en minder als deelnemer hebben geëvalueerd.

4.6. De psycho-therapeutische/"magische" rolcomponent.

4.6.1. Inleiding.

Een laatste combinatie van uitspraken met betrekking tot de zelfevaluatie van de artsen in hun rolvervulling omvat twaalf uitspraken met hoge lading.

Var.	Lading	Uitspraak
141	0.61	Om een nauwe samenwerking vanwege de patiënt te bekomen, moet de geneesheer er over waken dat de patiënt de geneesheer idealiseert.
142	0.55	Om een nauwe samenwerking vanwege de patiënt te bekomen, moet de geneesheer er over waken dat de patiënt een zekere graad van afhankelijkheid van de geneesheer ontwikkelt.
159	0.54	Het intelligentiepeil van de patiënt bepaalt grotendeels of de arts tot een gesprek zal overgaan dat niet louter de aandoening van de patiënt betreft.
160	0.47	In de regel zal de arts eerder een gesprek van niet-medische aard voeren met patiënten die op een ongeveer gelijk intelligentieniveau staan als hij dan met andere.
148	0.45	Wanneer de arts over het waarom van de voorgestelde therapie uitleg verstrekt, doet hij dit om de patiënt gerust te stellen.
146	0.45	De overtuiging van de arts dat een gegeven geneesmiddel werkelijk effect heeft, bepaalt ook in grote mate het wezenlijk effect ervan op het herstel van de patiënt.
147	0.44	De werkzaamheid van heel wat geneesmiddelen en behandelingsmethoden wordt eerder bepaald door het vertrouwen van de patiënt in de dokter dan door de objectieve werkzaamheid van die middelen zelf.

Var.	Lading	Uitspraak
145	0.42	De werkzaamheid van heel wat geneesmiddelen en behandelingsmethoden wordt eerder gestimuleerd door het vertrouwen van de patiënt in de arts die ze voorschrijft of toedient, dan door het geloof van de patiënt in de objectieve werkzaamheid van de bewuste geneesmiddelen en behandelingen zelf.
111	0.39	Het dragen van de witte doktersjas is uiterst belangrijk voor het welslagen van de arts in zijn loopbaan.
139	0.38	Om een nauwe samenwerking vanwege de patiënt te bekomen, moet de arts er over waken dat de patiënt de beslissing van de arts niet betwist.
140	0.36	Om een nauwe samenwerking vanwege de patiënt te bekomen, moet de arts er over waken dat de patiënt zijn emotionele conflicten bedwingt.
127	0.36	Wanneer een patiënt bewust simuleert ziek te zijn, is het eerder aangewezen de patiënt in te volgen, dan hem er rechtstreeks op te wijzen dat hij niet ziek is.

Hun samenhang duidt er op dat de arts in zijn praxis niet enkel patiënten omwille van hun kwaal te behandelen krijgt, maar dat ook als normaal te beschouwen, maar dan toch ongewenste neveneffecten uit de weg moeten worden geholpen. Immers over een fysische storing hangt steeds een neurotische sluier van angst of onzekerheid.

Dat de persoonlijkheid van de arts een belangrijke rol kan spelen bij het onderdrukken van dergelijke gevoelens staat vast. Ten allen tijde trouwens hebben goede artsen hun zieken steeds bewust of onbewust psychisch beïnvloed.

De statements in onderhavige rolcomponent duiden alle op het bestaan van dat psychisch contact dat zowel geconditioneerd wordt door de persoonlijkheid van de arts als door de per-

soonlijkheidsstructuur van de patiënt.

Zo kan gesteld worden dat het goed is dat de patiënt zijn arts idealiseert (statement met lading 0.61) of dat hij een zekere graad van afhankelijkheid ontwikkelt (lading 0.55). Duiden deze beide uitspraken nu wel op een overschrijden van de grenzen van het psychisch contact, dan vertolken zij toch de idee van de bindende voorwaarde dat, wil de arts zijn patiënt kunnen helpen, hij als eerste opdracht heeft dit contact bij de patiënt in te leiden. Enkel langs deze weg kan de arts-patiënt relatie uitgroeien tot een bijzondere relatie van vertrouwen. M.a.w. de patiënt moet het gevoel worden bijgebracht begrepen te worden. Vanuit psycho-therapeutisch oogpunt betekent dit dat een overdrachtsituatie ontstaat.

Afhankelijk van zowel de persoonlijkheid van de arts als die van de patiënt kunnen hierin belangrijke graduele verschillen bestaan (zie ook andere statements : ladingen 0.38, 0.36, 0.36).

Ter beoordeling voorgelegd aan zowel huisartsen als aan de onderscheiden specialismen wordt hier uiteraard de psycho-therapeutische instelling van de arts in zijn dagelijkse praxis bedoeld. Het is dus een opdracht van elke arts die spanningen, eventueel sociaal geconditioneerde spanningen te verlichten of weg te werken (zie hierover uitvoerig J.A.WEYEL, 1961). Eventueel kan dit door een gesprek, niet het psychiatrisch psycho-therapeutisch gericht gesprek waarvoor enkel psychiaters zijn opgeleid, maar dat gesprek dat het best kan vergeleken worden met de verhouding tussen de kleine chirurgische ingrepen in de dagelijkse praxis van de huisarts en de 'grote chirurgie' van de heelkundige.

Speelt de persoonlijkheid van de arts, zo kan mede in verband met de persoonlijkheid van de patiënt, zijn ontwikkelingsniveau of zijn intelligentia gesteld worden dat het intelligentiepeil van de patiënt grotendeels bepaalt of de arts tot een gesprek zal overgaan dat niet louter de aandoening van de patiënt betreft (lading 0.54) of dat de arts in de regel eerder een gesprek van niet-medische aard zal voeren met patiënten

die op een ongeveer gelijk intelligentieniveau staan als hij dan met andere (lading 0.47). Studies hieromtrent in de U.S.A. duiden er inderdaad op dat patiënten die het dichtst de status van de behandelende arts benaderen, de beste behandeling krijgen en de meeste sympathie genieten. Dergelijke instelling van de arts valt te betreuren daar zij de vertrouwelijke omgang in de weg staat.

Deze bijzondere verhouding is een onmiskenbaar noodzakelijk moment. Immers, wanneer een zieke op grond van een bepaald onbehagen meent de dokter te moeten opzoeken, betreedt hij de dokterspraktijk met een zekere afwachtende houding, hij verwacht contact. Dit contact is, zoals we hoger reeds zegden niet enkelvoudig, dus niet direct op het geneesmiddel of een gebruikelijke behandelingsmethode gericht. Immers elke arts kent voldoende momenten in zijn praxis, waarbij hij psychotherapeutisch moet optreden en weet ook dat het beste geneesmiddel zijn werking kan verliezen, wanneer de patiënt het vertrouwen in de arts verliest en meteen het vertrouwen in het voorgeschreven geneesmiddel (drie statements met ladingen : 0.45, 0.44, 0.42).

Geestelijke beïnvloeding op vele ziekten heeft steeds bestaan. Van de magische geneeskunde is bekend dat de ziekte een "bezeten zijn van geesten" was, dat medicijnman en tovenaars de macht hadden die geesten te verdrijven. Heden ten dage worden Lourdes en Scherpenheuvel nog druk bezocht... "Uw Geloof heeft U geholpen"... Waar echter in de moderne geneeskunde geloof en suggestie alleen werkzaam zijn, valt moeilijk te zeggen. Veel hooggeprezen geneesmiddelen in de moderne geneeskunde kennen een lang succes dat niet noodzakelijk uit natuurwetenschappelijk causaal oogpunt te verklaren is, maar uit de moderne vorm van toverij, propaganda, massasuggestie, de suggestieve persoonlijkheid van de arts en de in twijfel verkerende patiënt die in suggestie vervalt en waaraan de arts ook wel eens 'bezwijkt'. In elk geval is het een feit dat het geneesmiddel 'dokter' vaak onder de vorm van geruststelling (lading 0.45) wordt toegediend. "In de geneeskunde en in de arts heeft de patiënt steeds

een 'magisch' element onderkend, gezocht, ja zelfs verlangd, daar in de diepste grond 'bijgelovige' aspiraties het vertrouwen in de eigen genezing vaak zeer sterk stimuleren" (JANSSENS, H. 1964).

In de wetenschappelijke, westerse geneeskunde verdringt echter de techniciteit te radicaal de rol van dit 'magisch' element in de arts-patiënt relatie. Naar zijn precieze waarde gemeten en aangewend d.w.z. als geesteswetenschappelijk causaal, verantwoord hulpmiddel kan dit irrationeel element in de praxis nochtans vaak een gunstig effect sorteren. Het dragen van de doktersjas (lading 0.39) mag dan niet zomaar als een gewoonte worden gezien, maar als een accentuering van de medische situatie.

De hierboven omschreven rolcomponent staat met een paar achtergrondgegevens in significante relatie. We bespreken ze hierna. Naast deze gaat onze aandacht evenwel ook naar de confrontatie met het beoefend specialisme waar geen globaal significante relatie werd vastgesteld, maar waar bepaalde deelresultaten (fracties van specialismen) ons toch uitnodigen er even te blijven bij stilstaan.

4.6.2. Resultaten van het onderzoek.

Bij voorgaande samenhang lijkt het ons nuttig bij herhaling vooraf te beklemtonen dat de basis van een optimale arts-patiënt relatie gelegd wordt door het tot stand komen van een overdrachtsituatie m.a.w. een situatie van vertrouwen. Die vertrouwenssituatie mag niet worden gekenmerkt door een wederzijdse emotionele instelling in het lichamelijk en geestelijk ziekteverschijnsel. Persoonlijke betrokkenheid van beide partijen moet worden geweerd, omdat een bindend relatiepatroon niet alleen kwetsbaar is maar, wat bezwarender is, het staat het psychotherapeutisch optreden van de arts in de weg. De overdracht bestaat dus uit een zeer intiem psychisch contact dat gaaf moet blijven en waarvan de grens varieert naargelang de persoonlijkheid van de betrokken partijen.

We gaan nu eerst na welke variabelen de zelfevaluatie van de artsen in deze rolcomponent differentiërend dicteren.

Een confrontatie met de leeftijd van de respondenten toont zeer duidelijk aan dat de twee categorieën van jongste artsen (jonger dan 50 jaar) het meest kritisch staan tegenover de hen voorgelegde statements. Idealiseren van de arts aanvaarden zij niet of althans heel wat minder dan hun oudere collega's.

Aanvaarden we echter dat een zieke zich gemakkelijker zal toevertrouwen aan een oudere geneesheer en ook dat deze op psycho-therapeutisch vlak meer ervaren is, dan toch menen we dat hij op grond van een overgedoseerde emotionaliteit, zij deze nu al dan niet in een integrale visie op de ziektebenadering ingebouwd, hij meer dan de jongere artsen de kans loopt in een te bindend relatiepatroon met zijn patiënten verzeild te geraken; grotere ervaring leidt immers niet noodzakelijk tot een meer positieve kijk op de dingen. Deze uitspraak kunnen we op grond van een aanvullende vraagstelling ondersteunen met de vaststelling dat ongeveer tweederden van de respondenten verklaren dat het aantal patiënten die men bedient, niet meespeelt in het tot stand komen van een harmonieuze arts-patiënt relatie.

Verder stellen we vast dat voorstanders van groepspraxis zich meer distanciëren van een te sterke binding dan hun collega's die een individuele praxis verkiezen. Zij voeren trouwens aan, zoals we vroeger zagen, dat groepspraxis meer positieve elementen dient zoals : kwaliteitszorg, verrijken van kennis, betere planning, meer efficiënte praxis, enz... daar waar de voorstanders van de individuele praxis duidelijk de nadruk leggen op gevoelselementen zoals : sterke persoonlijke binding, vrijheid, toewijding, enz... waarbij andermaal het risico vergroot dat, de in de therapeutische relatie toelaatbare grenzen van het psychisch contact worden overschreden, waardoor de patiënt dus de kans wordt geboden de arts teveel als persoon te benaderen.

Andere duidelijke significante relaties treden niet op, ook niet naar specialisme (App.II.26).

Nochtans bieden zich, ondanks het ontbreken van een totale significantie naar specialisme, enkele fracties van specialisten aan die een bijzondere aandacht verdienen.

Zo noteren we bij de neuro-psychiaters relatief het meest personen die zich uitdrukkelijk kanten tegen een te sterke binding met de patiënten. Dit lijkt ons een logisch resultaat daar deze specialist, gezien zijn uitzonderingspositie in de specialistenwereld - voor de zieke hoort de arts immers op zichtbare of op direct tastbare wijze tussen te komen en dit doet de psychiater niet - de arts is die verondersteld mag worden een of andere vorm van psycho-therapeutische behandelingsmethodes onder de knie te hebben.

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk reeds vermeld, kunnen ook een blind geloof en ook een vertrouwen in het medisch optreden, maar ook de dokterskledij als irrationele elementen een gunstig effect sorteren. Deze zienswijze wordt dus door die 1/3 van de psychiaters van de hand gewezen. Hier mogen dan ook de minder streng negatieve ingestelde psychiaters worden bijgerekend en dan zijn er meer dan de helft van deze specialisten die geen duidelijke therapeutische functie toemeten aan blind geloof of witte jas. De rest doet het wel, dit is ook belangrijk.

Recente polemieken over gezondheidszorg en gezondheidsbeleid nodigen ons in dit verband uit tot enkele verdere overwegingen. Ook kunnen enkele losse gegevens, zowel uit voorliggend onderzoek als uit eigen onderzoek bij 823 potentiële patiënten, in deze context van enig nut zijn.

Dat veel artsen psycho-somatische aandoeningen en er aan gekoppeld de interpretaties het liefst uit de weg gaan (tweederden van de respondenten verklaren dit) en emotionele gevallen ook geen warm hart toedragen (bijna tweederden), kan er op duiden dat zij ofwel de wetenschappelijkheid van de interpretaties ervan in twijfel trekken, ofwel dat ze zich incompetent weten.

Zonder specifiek onderzoek terzake is het uiteraard niet mogelijk met zekerheid te weten of deze vaststellingen het resultaat zijn van een te orthodoxe opleiding die onze artsen genieten, ofwel verklaard moeten worden uit de niet of althans niet tenvolle geslaagde aanpassing in hun rolpatroon. En was het slechts dit. Heel wat artsen staan bovendien nog altijd zeer argwanend tegen psychiatrische inmenging en dit is te begrijpen. De psychiatrie heeft zich immers vooral op het terrein van de geesteszieken ontplooid en niet zozeer op het psycho-somatische vlak, waar toch heel wat artsen (steeds veelvuldiger) mee te doen krijgen, maar er zich, zoals gezegd, wellicht niet competent in voelen.

Het zal er bij deze artsen dan ook moeilijk ingaan, dat ze in psychiatrische methoden 'evenveel' vertrouwen moeten hebben als in de vaak weliswaar nodige ingrepen van een chirurg of in het toedienen van een geneesmiddel.

Deze beschouwingen, dachten we, zijn hier in het licht van enige aanvullende informatie die we verzamelden, nuttig aan te voeren. Zo kan best het wantrouwen ten aanzien van de psychiatrie blijken, enerzijds uit de geringe belangstelling "tout court" vanwege de artsen voor dit specialisme (amper 9% van de respondenten verklaren dit expliciet), anderzijds uit het samenwerkingspatroon tussen psychiaters en andere artsen. Zo stellen we vast dat de psychiaters slechts zelden om advies of informatie worden verzocht, zij slechts bij uitzondering op consult worden uitgenodigd en zij enkel door een drietal andere specialismen verwijzingsgevallen krijgen (23).

Dit betekent niet dat de meerderheid van de artsen de psychiatrische inbreng in tal van fysische stoornissen verwerpen, maar dat hun belangstelling niet verder gaat dan die inbreng te erkennen. Dit erkennen beperkt zich dan ook vaak tot het louter voorschrijven van een kalmeer- of een slaapmiddel.

Aan het werkingseffect van placebo's dat buiten het bereik van de natuurwetenschappelijke geneeskunde is gelegen mag hierbij niet worden voorbijgegaan. Placebowerking is een feit.

De overrompelende en steeds groeiende markt der farmaceutische middelen zijn er het bewijs van. "Een nieuw, duur en 'uit-Amerika-komend' produkt moet bijzonder goed zijn".

Voor veel van die produkten geldt goeddeels een soort dogmatische instelling t.a.v. de mogelijkheid van een uitwerking. Dit hangt dus af van de patiënt, van zijn innerlijke overtuiging dat een geneesmiddel zal helpen of... zal schaden.

Dit placebo-effect treedt evenwel niet autonoom op. Het geneesmiddel 'arts' zorgt hiervoor door het terrein voor te bereiden, te effenen. De overtuiging van de arts in de juistheid van zijn handelen wordt immers vaak op de patiënt overgedragen. Deze overdracht berust echter niet op zijn natuurwetenschappelijke scholing, maar op wat uitgaat van zijn persoonlijkheid. In het complex stel van factoren die de persoonlijkheid van de arts kunnen bepalen, figureert het rolpatroon dat hem als arts werd toebedeeld.

Elk individu percipieert dit rolpatroon echter op verschillende wijze, dit bleek voldoende duidelijk uit het onderzoek. Maar één feit staat vast : het geneesmiddel 'arts' is werkzaam. Pijnloze bevalling, autogene training (waar de relaxmethode slechts een voorwendsel is tot contact), yoga en hypnose, zijn er voorbeelden van. Geloof en volledige onderwerping zijn er de voorwaarden toe.

Het zou dan ook irreëel zijn aan deze menselijke verbondenheden te verzaken. 'Magische' verbondenheden kunnen we ze bezwaarlijk noemen, maar bij heel wat zieken in reële en vermeende nood, zo menen we, is 'magisch' denken reëel. Derhalve zijn de artsen geroepen dit als werkelijkheid te aanvaarden.

Doen zij het niet, dan openen zij meteen nog wijder de deuren voor kwakzalvers en genezers die totaal buiten het perspectief van de orthodoxe natuurwetenschappelijke geneeskunde opereren (CASSEE, E.Th., 1973). Heel wat patiënten weten wel dat deze genezers geen geneeskunde kennen, maar weten wél dat er dergelijke mensen bestaan die kunnen genezen en dat is kapitaal.

In hoeverre onze artsen en vooral de neuro-psychiaters in hun praxis enerzijds de geesteswetenschappelijke benadering centraal stellen, of ze aan empirisch wetenschappelijke studie onderwerpen of... religie laten meespelen, hebben we niet achterhaald.

We stellen enkel vast dat, ondanks het ontbreken van een totale significante relatie naar specialisme, vooral de gynaecologen met hun aanzienlijke vertegenwoordiging, onderhavig geformuleerde rolcomponent bijtreden en aldus ook het geneesmiddel 'arts' duidelijk onderschrijven. De cardiologen en longartsen scheiden zich ook nog duidelijk af. Spelen zij in de wijze van aanbreng van de diagnose het best in op de noden van de in deze context voldoende gekende angstgevoelens van de patiënten? Zie trouwens ook hun top-posities in hun zelfwaardering van de informatieve rolcomponent. Gezien de niet significante relatie onthouden we ons bij deze component van ruimere interpretatie.

We menen hier dan ook te mogen concluderen dat er zich uit hoofde van een paar duidelijke uitspraken ten gunste van de persoon van de arts, een nieuwe wetenschappelijke stroming afzet tegen de opdringerige markt van de geneesmiddelenindustrie.

Beantwoorden aan het natuurlijk streven van de mens om in de persoon van de arts genezing, verlichting of steun te vinden is haalbaar langs een ontsluiting van de strenge orthodoxie van onze gezondheidszorg. Aan alternatieve geesteswetenschappelijke ontwikkelingen, die aanleunen bij de harmoniserende functie van een kleine fractie van onze hedendaagse psychiaters, moet een kans worden gegeven. We bedoelen dat bij de studie van de orthodoxe geneeskunde met de realiteit van vaak bijzonder goede resultaten van onorthodoxe bewandelde wegen moet rekening gehouden worden.

In therapeutisch opzicht is het echter geboden de volle aandacht te blijven richten op de natuurwetenschappelijke ontwikkelingen in de geneeskunde.

4.7. Samenvatting.

De behandelde componenten, in essentie aspecten van de rolverwachtingen van de arts, hebben we gezien als een geheel van verantwoordelijkheden die de arts verondersteld wordt te nemen, wil hij beantwoorden aan de in de maatschappij vigerende normen. Door zijn antwoord heeft de respondent zich in deze rolcomponenten geëvalueerd.

De eigenwaardering in de sociaal-integratieve rolcomponent, waaruit blijkt in welke mate de arts de wederzijdse erkenning van rollen in de arts-patiënt relatie evalueert, zich inleeft of inwerkt in de omgevende milieufactoren en begrip aan de dag legt voor diepmenselijke problemen, heeft significante verschillen aangetoond met de leeftijd van de arts, met zijn evaluatie van de genoten academische opleiding en met zijn waardering voor medisch teamwerk. Was er geen significante relatie met het beoefend specialisme, dan blijken de neuro-psychiaters zich toch beter dan de andere artsen in de component te identificeren.

De eigenwaardering in de informatieve rolcomponent verschilt wel naargelang het beoefend specialisme. Vooral de cardiologen, longartsen, mondartsen en klinische biologen treden hier naar voor, de huisartsen heel wat minder. Ook de neuro-psychiaters verschijnen slechts zwak.

De eigenwaardering op het sociaal-opvoedend vlak verschilt duidelijk naargelang de arts een private of een ziekenhuispraxis beoefent. Verder is het tekenend dat vooral chirurgen, orthopedisten, keel-, neus- en oorspecialisten, oogartsen, fysiotherapeuten, reumatologen en radio-radiumtherapeuten, alle vreemde elementen uit de therapeutische relatie weren, die de zekerheidsverhoudingen in het gedrang zouden kunnen brengen, maar hun denkpatroon op randmedisch gebied is niet afgerond. Wellicht dicteert de drukke praxis van de huisartsen hen, zich duidelijker af te tekenen op dit vlak. De neuro-psychiaters, eveneens zwak aanwezig, oriënteren zich terzake meer naar het randmedisch hulpequipement.

De eigenwaardering in de psycho-therapeutische/'magische' rolcomponent werd voldoende omschreven om te wijzen op het uiterst complex en moeilijk karakter van dit facet van de medische praxis, waar verder onderzoek geboden is (24).

Uit hoofde van de ingewikkelde processen die een patiënt naar de psychiater kan voeren, maar ook uit hoofde van zijn individueel geconditioneerde behandelingsmethoden, zo dachten we, mogen de vele onzekerheden en gerechtvaardigde twijfels echter niet het voorwerp zijn van een 'teugel-loze' delegatie van bevoegdheden aan paramedische tussenschakels, waarop deze specialist vaak beroep doet. Hiermee bedoelen we dat, vooral in deze discipline, streng moet worden gewaakt over de wijze waarop die bevoegdheden worden toevertrouwd aan beroepshulpverleners, wier vorming te eng op de praktijk is afgestemd. Het risico dat genoemde onzekerheden kunnen escaladeren naar te zelfzekere routinematige handelingen van niet-geneeskundigen, lijkt ons hierbij immers niet uitgesloten.

In vraag kan dus gesteld worden of dit soms niet het terrein is waar de zelfevaluatie van de neuro-psychiaters nog niet een reflectie kan zijn van de verwachtingen van de patiënt en conflictsituaties derhalve ook niet uitgesloten zijn. "Ze zijn moedeloos want ze beseffen dat ze nog heel weinig weten. In tegenstelling tot de (andere) geneesheren voelen ze zich nog in de middeleeuwen" zegt Milos FORMAN naar aanleiding van zijn film "One Flew over the Cuckoo's Nest".

Zo extreem als de neuro-psychiater naar voren treedt, zo extreem klinkt misschien ook deze uitspraak. Immers, zo zegden we reeds, niet enkel de patiënt moet als een gehele persoon worden gezien, maar ook de arts en zo geldt dan ook voor de neuro-psychiater dat :

"Parfois la magie réussit. C'est que certains individus possèdent vraiment une force de suggestion considérable qui n'est pas, d'ailleurs, nécessairement métapsychique, et que la suggestibilité des gens, comme leur simplesse est sans limites" (HAESAERT, J., s.d.).

HOOFDSTUK V. SYNTHESE.

INLEIDING.

De onderzoekgegevens werden totnogtoe in een aantal statistisch significante relaties vastgelegd.

Desondanks kan elk resultaat dat uit de onontbeerlijk kwantitatieve analyse wordt verkregen toch nog worden gezien als een uit zijn ruimer verband losgerukt facet.

De uit dergelijk differentieel onderzoek simultaan optredende gelijkenissen en ongelijkenissen kunnen immers niet op elk moment worden onderzocht. Het lijkt ons dan ook wenselijk tot verdere profilering over te gaan van de informatie ons door de opiniërende artsen gegeven.

Dit komt neer op het verstrekken van een meer compacte weergave van de resultaten, door ze aan een of andere geavanceerde berekeningstechniek te onderwerpen (25). De onderzoekingsresultaten lenen zich in dit opzicht tot een dubbele benadering.

Enerzijds komt het ons nuttig voor attitudes en evaluaties elk afzonderlijk te onderzoeken naar hun graad van afhankelijkheid van een aantal achtergrondvariabelen tesamen.

Anderzijds is het evenwel wenselijk, ten behoeve van een grotere bevattelijkheid van het geheel, na te gaan of die attitudes en evaluaties op grond van hun gelijkenissen of ongelijkenissen te groeperen zijn in dimensies en ze verder om de beurt te onderzoeken naar hun afhankelijkheid van genoemde achtergrondinformatie.

5.1. INVLOED VAN ACHTERGRONDVARIABLEN OP OPINIES, ATTITUDES EN EVALUATIES.

5.1.1. Algemeen.

Een aantal achtergrondvariabelen staan in significante relatie tot opinies, attitudes en evaluaties van de artsen. Dit blijkt reeds uit voorgaande hoofdstukken.

Bij onderhavige analyse moet verzaakt worden aan het sociaal milieu van de praktijkvoering daar deze item slechts bij uitzondering een significante relatie vertoont.

Om nu de invloed, niet van slechts één, maar van de onderscheiden achtergrondgegevens tesamen, op de afzonderlijk gehouden attitudes en evaluaties na te gaan, wordt beroep gedaan op stapsgewijze meervoudige regressieanalyse als multivariate techniek. Deze laat ons de variantie zien die in één afhankelijke variabele stapsgewijze door meerdere onafhankelijke variabelen wordt verklaard.

Bij deze analyse weerhouden we voor interpretatie enkel die attitudes en evaluaties, die voor méér dan 3% aan de werking van de beschouwde onafhankelijke variabelen onderhevig zijn.

Uit de analyse (App.V.1) blijkt dat acht afhankelijke variabelen aan deze eis voldoen.

Ter samenvatting van de resultaten volgende tabel :

Tabel 8. Orde van belangrijkheid waarin vijf achtergrondvariabelen de acht weerhouden attitudes en evaluaties verklaren.

Te verklaren veranderlijke	Orde van belangrijkheid der achtergrondvariabelen				
	Specialisatie	Leeftijd	Ecologisch milieu van de praktijk	Praxisvorm	Beroepsferelijkheid
-Oordelen dat veel/weinig randmedische gegevens als routineinformatie moet worden ingewonnen	1	3	2	4	-
-Drukken hun voorkeur uit voor individuele of groepspraxis	2	3	5	1	4
-Ondanks toenemend aantal specialisten blijft de verantwoordelijkheid van de huisarts over een langere termijn (niet) bestaan	1	2	-	-	-
-De belangrijkste taak van de arts is helpen/genezen	2	1	-	-	3
-Identificeren zich zeer duidelijk/slechts zwak in de informatieve rolcomponent	1	2	4	3	-
-Oordelen dat hun academische opleiding zeer adequaat/niet zeer adequaat is geweest	2	1	4	-	3
-Verklaren in hun praxis reeds/geen gunstige ervaring gehad te hebben met het optreden van paramedische hulpkrachten	1	-	-	3	2
-Zijn van oordeel dat in de opleiding het accent op de algemeen medische vorming/specialisatie moet worden gelegd en dat in de praxis de psycho-sociale context (niet) moet worden betrokken	1	2	-	4	3

Voor de meerderheid van de weerhouden afhankelijke variabelen is het specialisme dat de arts beoefent, de meest verklarende variabele. Het is opvallend dat het vooral attitudes en evaluaties betreft waarin het randmedisch aspect van de praxis wordt belicht.

Het beoefende specialisme is echter ook nog van enige betekenis bij de evaluatie van de genoten academische opleiding, de voorkeur voor de ene of andere praxisvorm en bij het aanduiden van het kernpunt van het medisch optreden, met name het curatief element. In dit laatste geval is evenwel de leeftijd de belangrijkste determinant. Deze factor speelt trouwens ook sterker dan het specialisme bij de beoordeling van de genoten academische opleiding, gezien de resultaten in hoofdstuk 2.1.1.

Een verwacht resultaat is ook dat de voorkeur voor de individuele praxis of voor de groepspraxis het sterkst afhankelijk is van het feit of de betrokken arts al dan niet de private praxis beoefent.

De invloed tenslotte van het ecologisch milieu en van de beroepserfelijkheid is nauwelijks merkbaar.

Uit wat voorafgaat kan dan ook worden geconcludeerd dat beoefend specialisme en leeftijd van de arts de meest uitgesproken verklarende variabelen zijn en we ze derhalve weerhouden voor de verdere analyse.

Zoals in de Inleiding vermeld, beschouwen we in hoofdstuk 5.1.2 een aantal afzonderlijke attitudes en evaluaties waar de invloed van beide variabelen t.a.v. het geheel van de onderzochte populatie als een onweerlegbare relatie geldt. De eis aan het onderzoeksmateriaal gesteld kan dus streng genoemd worden. Immers, behoudens de in tabel 8 betrokken variabelen, zijn er ook andere waar leeftijd en specialisme determinerend zijn, maar waar het significante verschil zich "slechts" manifesteert wanneer bepaalde specialismen of fracties daarbinnen (leeftijdscategorieën) van de rest worden afgezonderd.

Gezien evenwel alle voornoemde deelfacetten in de loop van deze studie reeds ruimschoots de aandacht kregen, wordt hierna enkel stilgestaan bij de meest opvallende relaties.

Daar het medisch verkeer het resultaat is van ingewikkelde groeiprocessen, waar opinies, attitudes en evaluaties interdependent zijn en niet rechtstreeks waarneembaar, wordt in het Hoofdstuk 5.2. gepoogd dimensies in dit verkeer te ontdekken en deze in functie van het beoefend specialisme en het leeftijdsverschil te verklaren.

De ruwe scores van zowel de gegevens in het eerste als van die in het tweede Hoofdstuk worden omgezet in standaardscores ten einde meer inzicht te verkrijgen in de resultaten en om ze onderling beter te kunnen vergelijken. Een standaardscore duidt immers rechtstreeks de afstand aan waarmee de ruwe score afwijkt van het gemiddelde, berekend in functie van de standaardafwijking. Dergelijke transformatie van de ruwe scores toont aldus aan of de scores boven (+teken) of onder (-teken) het gemiddelde van de spreiding liggen.

De standaardscores in het eerste deel worden berekend volgens de formule :

$$Y_i = \frac{\bar{X} - m_i}{\sigma}$$

waarin \bar{X} = gemiddelde en m_i = de ruwe score van waarneming i .

5.1.2. Specialisme en leeftijd als verklarende factoren voor een aantal afzonderlijke attitudes en evaluaties.

1. Het routinematig betrekken van veel/weinig randmedische informatie in de praxis.

Het leeftijdsverschil binnen het specialisme speelt amper een rol (App.V.1). Derhalve verstrekt de tabel (App.V.2.1) enkel de scores en hun rangorde per specialisme.

Bij het overzien van de scores valt het onmiddellijk op dat de neuropsychiaters en de kinderartsen het betrekken van randmedische informatie niet beperken tot enkele gegevens. Integendeel, zij oordelen dat heel wat informatie interessant genoeg is om ze routinematig in de praxis te betrekken. Verder kan worden vastgesteld dat de klinische biologen, de huisartsen, de internisten en gastro-enterologen ook nog boven het gemiddelde scoren en zij derhalve het belang inzien randmedische informatie op ruime schaal als routine-materiaal te verzamelen.

Onder de overige specialisten die alle beneden het gemiddelde scoren, vinden we vooral technisch gerichte disciplines terug, waarvan de keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen de laagste rang bekleden met een score die zich duidelijk distancieert van de rest.

2. Voorkeur voor de individuele of voor de groepspraxis.

Uit het desbetreffende hoofdstuk (2.2.4) weten we reeds dat de leeftijd en het beoefend specialisme en vooral het onderscheid tussen huisarts en specialist de voorkeurshouding van de arts bepalen.

Uit voorliggende benadering blijkt echter dat aan de invloed van voornoemde factoren slechts een relatief belang mag worden gehecht. Het leeftijdsverschil speelt slechts een zwakke rol, het onderscheid naar specialisme is ook slechts van secundair belang. Wél wordt de voorkeur voor één van beide praxisvormen het sterkst verklaard door het feit of de betrokken arts effectief de private praxis beoefent of niet, waaruit bij herhaling kan worden benadrukt dat de voorkeurshouding van de artsen voor

één van beide praxisvormen op een concordantie duidt tussen realiteit en ideologie.

3. Ondanks het toenemend aantal specialisten, blijft de verantwoordelijkheid van de huisarts over een langere termijn bestaan.

Zowel het beoefend specialisme als de leeftijd van de arts bepalen zijn houding ten aanzien van deze uitspraak (App. V.2.2.).

Aan de hoge score van de jongere mondartsen moet worden voorbijgegaan daar zij numeriek te zwak vertegenwoordigd zijn.

Het is opvallend dat bij de hogere scores duidelijk meer jongere artsen voorkomen dan oudere en wat meer is, dat het om technici gaat (röntgenspecialisten, keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen) die de continuïteit van de zorg als onlosmakelijk van de huisartsenpraxis stellen. Dit geldt ook voor de jongere huisartsen zelf (de ouderen scoren duidelijk lager) en de oudere anesthesisten.

Dit leeftijdsverschil gaat niet op voor de neuropsychiaters en de klinische biologen. De instelling van de neuropsychiaters doet niet onverwacht aan, trouwens voorheen reeds wist deze specialist zich in heel wat opzichten van de orgaanspecialisten te onderscheiden. De noodzaak tot continuïteit, tot 'duurzaamheid' kan hij vanuit zijn specialisme best waarderen.

Een verklaring voor de positie van de klinische biologen werd in hoofdstuk 3.4. reeds in functie van hun isolement geschetst.

Opvallend lager in de rangorde staan, benevens de oudere huisartsen, cardiologen, longartsen en röntgenspecialisten, een aantal jongere specialisten.

Dat oudere huisartsen eerder afzijdig staan van een langer durende verantwoordelijkheid, kan voortspruiten uit een gevoel van onmacht het hoofd te bieden aan de snelle tred van de specialisatie. 'Specialisatie hoort bij specialisten' oordelen zij wellicht en doen dan ook liefst de handen af van dergelijke gevallen. Hierbij kan men zich afvragen of hij, als sleutelfiguur

in de arts-patiënt relatie dan niet voorbijgaat aan het principe van continuïteit van de medische zorg door, na verwijzing, het contact met zijn patiënt te verliezen of het niet terug op te eisen.

Het verschil tussen oudere en jongere artsen van de overige disciplines is niet zo scherp. Wel valt het op dat de middenrangen vooral bezet worden door jongere artsen en dat lagere posities vooral door ouderen worden bekleed; maar toch mag niet worden voorbijgegaan aan de vaststelling dat, naast uitgesproken technici, ook oudere kinderartsen en gynaecologen figureren met lagere scores. Daar ook de jongere generatie van deze laatstgenoemden lager scoren, kan ter verklaring best vastgehouden worden aan de reeds eerder aangevoerde overweging omtrent de bijzonderheid van de categorieën van de patiënten in deze disciplines.

Deze specialisten situeren blijkbaar de continuïteit van de zorg in hun eigen discipline.

Voor de resterende laag scorende specialismen gaat het in de meeste gevallen om disciplines die zich in het specialisatieproces reeds vroeg hebben afgescheiden en vooral wat de ouderen betreft, zijn deze wellicht sterker dan de jongeren vervreemd geraakt van de waarde die aan de continue betrokkenheid in de huisartsenpraxis moet worden gehecht.

4. Helpen/genezen is de belangrijkste opdracht van de arts.

Ook hier hangt de instelling van de arts zowel van beoefend specialisme als van zijn leeftijd af (App.V.2.3.).

Het is merkwaardig dat de jongere kinderartsen, huisartsen, neuropsychiaters, internisten en gastro-enterologen het helpen van de patiënt primair stellen, daar waar hun oudere collega's duidelijk het genezen van de patiënt het belangrijkste vinden. De jongere generatie van deze alle opvallend contextbehoevende disciplines tekent zich aldus duidelijk af.

Ook de oudere klinische biologen oordelen dat helpen in de eerste plaats komt. De gynaecologen zijn de enige specialisten die in hun geheel het helpen centraal stellen, al zij het met een

niet te hoge score.

Voor alle dermato-venerologen en urologen en ook voor de oudere chirurgen, orthopedisten, fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten, reumatologen en huisartsen staat genezen van de patiënt als primaire opdracht.

5. Identificeren zich zeer duidelijk/slechts zwak in de informatieve rolcomponent.

Uit het desbetreffende hoofdstuk zal men zich herinneren dat cardiologen, longartsen, klinische biologen en gynaecologen zich het best in deze rolcomponent weten te identificeren. Bij deze benadering vinden we ze uiteraard terug, maar toch speelt het leeftijdsverschil enigszins een rol (App.V.2.4.). Tekent zich dit verschil evenwel niet zo scherp af, dan stelt het zich wel heel wat duidelijker bij de neuropsychiaters en de kinderartsen. De oudere generatie van beide disciplines weet zich in het verstrekken van informatie aan de patiënt meer expliciet terug te vinden dan de jongeren onder hen.

We beperken ons tot deze hoofdtrekken.

6. Verklaren dat de academische opleiding die zij genoten, adequaat/niet adequaat is geweest.

Andermaal wordt deze evaluatie zowel door het beoefend specialisme als door de leeftijd van de arts geconditioneerd.

Voorals de jongere generatie van de artsen uit scherpe kritiek op de genoten basisopleiding (App.V.2.5.). Dit lazen we reeds in het betreffende hoofdstuk. Meer bijzonder evenwel is, dat dit leeftijdsverschil bij bepaalde specialismen méér speelt dan bij andere. Zo bijvoorbeeld staan jongere klinische biologen, kinderartsen, neuropsychiaters, internisten en gastro-enterologen, keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen en gynaecologen heel wat kritischer dan hun oudere collega's. Dit geldt ook wel voor de andere specialisten, maar niet in zo sterke mate.

Tenslotte kan het enigszins onverwacht aandoen vast te stellen dat dit verschil zich het minst bij de huisartsen aftekent, maar zo onverwacht is dit wel niet wanneer we de door hen geformuleerde kritiek naar zijn inhoud gaan analyseren.

Reeds vroeg klaagt deze arts het tekort aan allerlei menselijke contacten in zijn opleiding aan en dit geldt des te meer voor zijn jongere collega's.

7. Verklaren gunstige ervaring/geen dergelijke ervaring te hebben met het optreden van hulpkrachten in eigen praxis.

Zien we bij een paar specialismen wel enig verschil in de evaluatie naargelang de leeftijd van de arts (jongere cardiologen, longartsen, internisten en gastro-enterologen en oudere chirurgen en orthopedisten) dan is het globaal genomen enkel het specialisme dat hier determinerend is (App.V.2.6.).

Vooraf de neuropsychiaters, anesthesisten, kinderartsen, fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten, reumatologen, gynaecologen en huisartsen verklaren gunstige ervaring te hebben met het optreden van paramedici in eigen praxis.

De overige, in hoofdzaak technische specialismen, zijn minder gereed dit te verklaren. Uit eigen aanvullend onderzoek blijkt trouwens dat vooral zij niets specifiek vinden in het optreden van paramedici en dat zij net zo zouden handelen. Hun technische instelling sluit hier dicht aan bij hun waardering van hulpkrachten wier handelingen vaak overwegend technisch zijn.

8. In de academische opleiding moet het accent op de algemeen medische vorming/op specialisatie worden gelegd en in de praxis moet de psycho-sociale context (niet) worden betrokken.

Het is opvallend dat vooral jongere artsen het accent in de academische opleiding op een algemeen medische vorming gelegd wensen te zien. Dit sluit goed aan bij hun kritische houding t.a.v. hun basisopleiding. In de praxis hechten zij bovendien veel belang aan randmedische situaties. Ook het beoefend specialisme verklaart mede deze instelling (App.V.2.7.).

Uiteraard treden hier specialisten op de voorgrond die we vroeger reeds ontmoet hebben als artsen die hun opleiding niet zo gunstig beoordeelden. Noemen we als meest opvallend : de jongere neuropsychiaters, huisartsen, fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten, reumatologen, röntgenspecialisten en

mondartsen, maar ook alle kinderartsen.

Samenvattend komt dit neer op een malaise in de medische opleiding die vooral jongere artsen aanvoelen. Het systeem van een te gespecialiseerde opleiding waaraan zij deelnamen, laat hen best de tekorten op het vlak van de menselijke contacten in de therapeutische relatie aanvoelen.

Aan de andere zijde staan dan vooral de oudere artsen. Hierbij valt het op dat het om meer technische specialismen gaat. Blijkbaar oordelen zij, méér dan hun jongere collega's, dat specialisatie in termen van technische kennisverwerving waardevoller is dan een integrale benadering van de patiënt.

SAMENVATTING.

Overzichtelijk kan uit de analyse per afzonderlijke variabele worden afgeleid dat, waar én specialisme én leeftijd tegelijkertijd als verklarende variabele optreden, het in hoofdzaak aspecten betreft die de brede basiswaarden van de medische praxis bestrijken.

Wanneer hoofdzakelijk niet-technische specialisten deze waarden bijtreden, dan geldt dit toch bij voorkeur de jongeren onder hen.

Randmedische betrokkenheid, zoals deze in de eerste en zevende variabele wordt uitgedrukt, is eerder een kenmerk dat bij bepaalde specialismen hoort. Voor beide variabelen scoren neuropsychiaters, huisartsen en kinderartsen boven het gemiddelde.

5.2. MULTIDIMENSIONELE VERKLARING.

5.2.1. Inleiding.

Uit de attitudes en zelfevaluaties van de artsen blijkt dat, over de gehele lijn deze waardeoordelen zelden of nooit geïsoleerd optreden, maar dat zij vaak onderling gerelateerd zijn. Tijdens de bewerking van het onderzoekmateriaal drong zich dan ook de behoefte op meer inzicht te verwerven in de positie die de onderscheiden variabelen in het totaal krachtenveld van zowel afhankelijke als onafhankelijke variabelen innemen.

Besloten werd :

- na te gaan of er eventueel multidimensionele samenhangen bestaan tussen de eerder belichte facetten van het medisch verkeer;
- zo ja, te onderzoeken welke rol het beoefend specialisme met inachtneming van de leeftijd in die samenhangen speelt.

Het verstrekken van een meer compacte voorstelling komt neer op het opsporen van een aantal dimensies door toepassing van een multidimensionele schaaltechniek.

Aangezien de vraagstelling uit hoofde van het exploratief karakter van het onderzoek veelal meerdere antwoordmogelijkheden voorziet, doch de toepassing daarop van een adequate multidimensionele schaaltechniek voor niet-metrische gegevens dichotomisering van de antwoorden vereist, worden deze aldus getransformeerd (App.VI.1.) en krijgen zij derhalve een quasi-metrisch karakter.

Op basis van de berekende ϕ -coëfficiënten (gecorrigeerd voor constant maximum), wordt een rangorde van afstanden tussen antwoordparen bekomen. Eens deze rangorde van (on)gelijkenissen tussen n-waarnemingen gegeven, is het doel van het algoritme, de coördinaten te vinden van n-punten die de waarnemingen vertegenwoordigen in een r-dimensionele ruimte en wel zodanig dat de rangorde van de afstanden tussen deze punten approximatief dezelfde is als de rangorde van de (on)gelijkenissen.

Gesteld dat de waarnemingen (of punten) $i, j = 1, \dots, n$ en de coördinaten $= x_{ip}$, $p = 1, \dots, r$, dan zijn de afstanden tussen de punten $=$

$$z_{ij} = \sqrt{\sum_p (x_{ip} - x_{jp})^2}$$

voor n punten in een r -dimensionele ruimte.

Doorgaans voldoen deze afstanden qua volgorde niet aan de data. Daarom wordt aan elke afstand z_{ij} een getal z_{ij}^0 toegevoegd dat men gelijkstelt aan die afstand z die in de afstandenreeks dezelfde rangpositie bekleedt als de getal $P(i, j)$ in de data.

De gelijkenissen worden van groot naar klein en de afstanden van klein naar groot gerangschikt.

De getallen z_{ij}^0 moeten aan twee eisen voldoen :

a. z_{ij}^0 moeten monotoon zijn met de data : d.i. de volgorde van z_{ij}^0 naar algebraïsche grootte moet omgekeerd zijn aan de

volgorde van de gelijkenissen tussen de punten i en j (hoe groter de gelijkenis, des te kleiner de afstand (z_{ij}^0)).

b. de verschillen tussen z_{ij} en z_{ij}^0 moeten zo klein mogelijk zijn.

Bij een bepaalde configuratie X worden aldus de z_{ij} (symbool z_{ij}^*) berekend en deze worden geanalyseerd. Iteratief,

wordt naar een zo goed mogelijk passende z_{ij}^0 gestreefd bij een wijziging van de configuratie X .

Als maat van 'badness-of-fit' geldt de Guttman-Lingoes 'coefficient-of-alienation' K , die verband houdt met ϕ en ons informeert over de mate waarin er onverklaarde variantie resteert :

$$K = \sqrt{1 - (1 - S_0)^2}$$
$$S_0 = \frac{\sum_{i,j} z_{ij}^0}{2n^2}$$

Deze standaard-maat wordt gebruikt omdat S_0 een ongenormeerde maat van overeenkomst tussen configuratie en data is.

De term n^2 is een substitutie voor $\sum z_{ij}^2$ en geldt als z_{ij} een euclidische afstand is en de norm van de configuratie gelijk is aan n . Voor een meer uitvoerige en uiteraard mathematische uitleg verwijzen we naar Edw.E.ROSKAM, 1975 (Zie ook App.I,3°).

Precieze regels kunnen niet worden gegeven omtrent wat een 'high coefficient of alienation' is. Als vuistregel kan echter worden beschouwd (Edw.E.Roskam, 1975) dat $K = 0.210$ een matig tot goede overeenkomst tussen configuratie en data weerspiegelt.

Uit App.VI.2 lezen we af dat $K = .210$ en de genoemde overeenkomst aldus wordt bereikt.

Is deze coëfficiënt evenwel niet een absoluut criterium, maar geldt hij wél als ruggesteun voor interpretatie, dan zal toch steeds de inhoud zelf van de dimensie de beste leidraad zijn.

De resultaten van deze analyse worden, zoals hierna meer uitvoerig uiteengezet, derwijze voorgebracht dat zij de overzichtelijkheid dienen.

5.2.2. Opzet van de resultaten der analyse.

Uit de analyse zijn drie dimensies naar voren getreden (App.VI.2 en 3).

Op grond van hun coördinaten en van hun unidimensionele aanwezigheid laten een aantal variabelen toe, de dimensies te omschrijven en te benoemen. Variabelen met te kleine coördinaten worden hierbij geweerd, daar zij 'slechts' contextueel van belang zijn. Dit mag echter op geen enkele wijze een uitnodiging zijn ze te verwaarlozen, daar zij een integrerend deel van de betrokken dimensie zijn en er bovendien aan herinneren dat het medisch verkeer moeilijk in streng afgebakende gebieden kan gezien worden. Integendeel, het verschijnt voortdurend als een interdependent geheel.

Het is in deze gedachtengang dat achtereenvolgens de di-

mensies worden omschreven en benoemd en nadien worden geïnterpreteerd op de verschillen die specialismen en leeftijd als meest verklarende factoren dicteren (5.2.3.). Gezien leeftijd en specialisme simultaan de dimensionele perceptie van de arts beïnvloeden, wordt in de hiernavolgende deelhoofdstukken een gedetailleerd beeld verstrekt van de afzonderlijke invloed van beide variabelen. De cijferkundige resultaten van de analyse worden in Appendix VI.4.4. tot VI.4.9. gebracht, daar zij als basisinformatie van enig nut kunnen zijn.

Door het gelijktijdig beschouwen van beide basisvariabelen ondergaan zowel de rangorde der specialismen binnen de leeftijdscategorieën als de generatieverschillen binnen elk specialisme enige transformatie. De rangpositie die jongere en oudere specialisten innemen wordt onderzocht in functie van het geheel der respondenten. Dit heeft tot gevolg dat jongere en oudere artsen per specialisme afzonderlijk worden beschouwd en we alsdan een rangorde krijgen over 14×2 subcategorieën.

Aangezien rangorden van enige omvang als deze zich moeilijk tot interpretatie lenen, geven we ze een meer compacte structuur door ze in drie scoreniveaus in te delen : hoog, middel, laag met respectievelijke frequenties van negen, tien en negen subcategorieën.

Zoals reeds hoger vermeld worden ook hier ter vergelijkbareheid der resultaten de ruwe scores omgezet in standaardscores.

Gebruik wordt gemaakt van de formule :

$$Y_{jl} = \sum_{i=1}^k \frac{\bar{X}_{ij} - m_i}{\sigma_i} \times C_{il}$$

waarbij k = aantal veranderlijken met coördinaten (C_i) voor dimensie l ; j = artsencategorie.

Onder 5.2.4 wordt het medisch verkeer interdimensioneel belicht door de rangorde die de specialismen (per leeftijdscategorie ingedeeld) binnen de drie dimensies innemen, te vergelijken.

Een totaalbeeld (5.2.5) van de drie dimensies moet ons verder toelaten te wijzen op vaste vormen die bepaalde disciplines vooralsnog hebben aangenomen, anderzijds op tendenzen die in andere specialismen duiden op veranderbaarheid van het medisch verkeer.

5.2.3. De drie dimensies.

1. Eerste dimensie : individualistische hulpverlening.

a. Omschrijving en Benoeming (App.VI.4.1)

Deze dimensie kenmerkt de arts als een overtuigd voorstander van de individuele praxis (variabele 1) die niet het genezen, maar het helpen van de patiënt als zijn belangrijkste taak ziet (variabele 2). Op het sociaal vlak van zijn praxis weet deze arts zich duidelijk te situeren en verklaart bovendien expliciet, reeds gunstige ervaring gehad te hebben met het optreden van paramedische hulpkrachten in eigen praxis (variabele 3). De academische opleiding die hij genoot, beoordeelt hij als allesbehalve adequaat (variabele 4).

Deze arts biedt zich aan als de solitaire wachter in permanent conflict met zichzelf en mediterend over de relativiteit van de klassieke beschrijving van vele aandoeningen.

Geconfronteerd met kwalen als een moeilijke spijsvertering, een hoofdpijn, een vage pijn in de lenden of rug waarmee het onaangenaam is te leven, onderkent deze individualist zichzelf niet als een mirakeldoener, voorspelt geen termijn voor herstel, poogt niet te overtuigen met goedgevulde voorschriften of voegt ook geen nieuwe aandoening toe als voorwendsel om de klagende te verlossen van die klachten die hij reeds heeft. Binnen zijn bevoegdheid en binnen zijn consultatieruimte weet hij, mede door zijn extra-medische, dus randmedische belangstelling, vertrouwen te creëren en, wanneer nodig, beroep te doen op meer bevoegde hulpkrachten.

Intermediaire gevallen daargelaten, staan aan de overzijde de groeps- en teamgerichte genezers, met een conceptie van

de zieke als een individu met een ziekte die moet genezen worden.

b. Rangorde.

In de hiernavolgende tabel staan, met een abnormaal hoge score, de jonge anesthesisten aan de top. Numeriek klein in aantal, vormen zij een te grote uitschieter, om bij de interpretatie te kunnen worden betrokken.

Uit reeds eerder vermelde resultaten weten we dat neuropsychiaters en huisartsen zich duidelijk als individualisten hebben afgetekend. Dit doen zij in deze eerste dimensie ook. Als disciplines in hun geheel scoren beide hoog. De leeftijd van de betrokkenen speelt hierbij geen rol. Zij zijn bij uitstek specialisten (1) die in het uitsluitend individueel contact met de patiënt een garantie zien voor het tot stand komen van een hechtere arts-patiënt binding. Zij zijn er zich duidelijk van bewust dat, door het bewerkstelligen van een relatie van vertrouwen, de patiënt reeds voor een deel geholpen is, wat voor hem een primair gegeven is.

Een hoge score bereikt verder ook de jongere generatie van de kinderartsen, mondartsen, fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten en reumatologen.

Voor de kinderartsen kan dit duiden op een evolutie naar een betere aanpak van de ouder-kind relatie in de aanbiedingen, waar de aandacht niet enkel naar het kind wordt gericht.

(1) Om heel wat redenen wordt ook hier de kwalificatie 'specialist' aan de huisarts toegekend.

Tabel 9. 1e DIMENSIE : Individualistische hulpverlening.

Rangorde die de onderscheiden specialismen, ingedeeld naar leeftijdscategorieën, in de eerste dimensie innemen.

Rang	Specialisme	Leeftijd	Gemiddelde score	
1	Anesthesisten	(J)	+20.378	Hoog
2	Kinderartsen	(J)	+ 5.895	
3	Mondartsen	(J)	+ 3.229	
4	Neuropsychiaters	(J)	+ 3.181	
5	Huisartsen	(J)	+ 2.398	
6	Neuropsychiaters	(O)	+ 1.818	
7	Huisartsen	(O)	+ 1.263	
8	Gynaecologen	(O)	+ 0.799	
9	Fys., rrth., reumat.	(J)	+ 0.447	
10	Gynaecologen	(J)	- 0.090	Middel
11	Dermatoven., urol.	(O)	- 0.642	
12	Kinderartsen	(O)	- 0.962	
13	Cardiol., longarts.	(J)	- 1.251	
14	Chirurg., orthoped.	(O)	- 1.438	
15	Intern., gastro-ent.	(J)	- 1.542	
16	Dermatoven., urol.	(J)	- 1.726	
17	Chirurg., orthoped.	(J)	- 1.774	
18	Cardiol., longarts.	(O)	- 1.836	
19	Keel-neus-oor, oog.	(O)	- 1.985	Laag
20	Mondartsen	(O)	- 2.088	
21	Klin.biologen	(J)	- 2.239	
22	Röntgenspecialisten	(J)	- 2.443	
23	Keel-neus-oor, oog.	(J)	- 2.783	
24	Intern., gastro-ent.	(O)	- 2.914	
25	Fys., rrth., reumat.	(O)	- 3.065	
26	Anesthesisten	(O)	- 3.202	
27	Röntgenspecialisten	(O)	- 4.477	
28	Klin.biologen	(O)	- 4.518	

worden in de gezondheidszorg wat mede een verklaring vormt voor de sterke aangroei van genoemde specialisten.

Deze disciplines worden gekenmerkt door vaak langdurige behandelingen die niet enkel op louter medisch vlak, maar ook op psycho-sociaal vlak voldoende lang moeten worden geprolongeerd om de patiënt te herstellen, zijn invaliditeit te verminderen of om minder valide individuen op de voor hen best geschikte plaats in de maatschappij te reïntegreren. Dit vooronderstelt zo niet een continue inzet van de arts zelf, dan toch een continue supervisie over en begeleiding van de voorgeschreven behandelingen, die zij aan paramedische hulpkrachten opdragen. Blijkbaar zien de jongere beoefenaren van deze specialisten gevoelig meer dan hun oudere collega's dergelijke continue zorg enkel realiseerbaar binnen het kader van een individuele praxis.

Van de overige specialismen zijn het enkel de oudere gynaecologen die hoger scoren dan hun jongere collega's. De oudere stappen vermoedelijk niet zo gemakkelijk af van de integrale en continue zorg aan hun patiënten. Jongere artsen in dit specialisme delegeren immers heel wat van hun taken aan bvb. gediplomeerde vroedvrouwen in ziekenhuisverband; zij worden trouwens zo opgeleid.

Globaal valt het op dat er meer jongere artsen hoog scoren. Zij interpreteren dan het medisch verkeer meer vanuit de persoonlijke relatie met de patiënt, eerder dan vanuit een traditioneel professioneel concept, waar zich de oudere generatie aan hecht. Deze verhouding wordt gereflecteerd in de lagere scores, waar zich meteen ook als entiteiten de zeer technisch geörienteerde klinische biologen en röntgenspecialisten onderscheiden die, zo niet in ziekenhuisverband werken, dan toch in hun werkzaamheden onmiddellijk afhankelijk zijn van andere medische opdrachtgevers.

Tenslotte noteren we nog de dermato-venerologen, urologen, cardiologen, longartsen, chirurgen en orthopedisten. Zij zijn de specialisten die weinig opvallen en de middengroep

bezetten, waar zowel de jongere als de oudere artsen uit deze specialismen thuishoren.

2. 2e DIMENSIE : Integrale geneeskunde.

a. Omschrijving en Benoeming (App.VI.4.2)

Deze dimensie benadrukt dat in de opleiding het accent op een algemeen medische vorming moet worden gelegd, eerder dan op het verwerven van specialistische kennis. In de praxis zelf zet de arts zich beter in op het psycho-sociale vlak van de aan-doening, eerder dan op technische vervolmaking (variabele 2). Randmedische informatie inwinnen moet dan ook beschouwd worden als een routineaangelegenheid (variabele 1). Samen met de resterende variabelen die er bij aansluiten, kan het paradoxaal heten dat deze dimensie het beeld oproept van de moderne arts die de integrale benadering van de patiënt nastreeft, daar waar hij in feite de traditionele geneeskunde, zoals voorgehouden door Hippocrates, huldigt. Hij kijkt sceptisch aan tegen de alwetendheid van een elektro-cardiogram of een elektro-encéphalogram of een elektronische verpleegster. Kortom hij wantrouwt de 'afstand-bediende' geneeskunde die naar zijn oordeel niet alles vermag.

Deze artsen voelen niet enkel, maar ervaren dat pure wetenschap hen van de zieke persoon heeft weggehaald. Zij weten dat een affectieve shock, asthma of een maagaandoening kan veroorzaken. Ze weten ook dat een variëteit van leefsituaties niet enkel hun verhaal krijgen in het consultatiekabinet van de psychiater, maar ook al dan niet via deze, de klagende naar hun discipline brengt.

Door hun begrijpende instelling geven zij aan hun praxis een persoonlijk karakter, evenwel zonder de wetenschappelijke reikwijdte van de moderne geneeskunde te minimaliseren.

De andere pool ziet met ontzag op naar een eindeloze rij van specialisten, waartoe zij ook zichzelf rekenen. In ziekenhuisverband krijgt een 'mooi geval' het voorrecht, veel langer dan een 'gewoon geval', het défilé van heel wat specialisten

en begeleidende stagiaires te aanschouwen. Onderzoek, injecties, laboratoriatesten bevredigen de zucht naar kennis en zekerheid. Technologische innovaties worden op de voet gevolgd.

b. Rangorde.

Bij deze dimensie mag niet worden voorbijgegaan aan de rang die de anesthesisten in hun geheel innemen. Al is de score van de jongere anesthesisten om hoger reeds vermelde redenen als een uitschieter te nemen, dan worden zij in tweede rang toch gevolgd door hun oudere collega's.

Blijkbaar zien zij het chirurgisch-technisch gebeuren niet geïsoleerd, maar bouwen het in een psycho-sociale context in, wat uit het geheel der variabelen bij deze dimensie af te leiden is.

Hoge scores worden ook behaald door :

- jongere kinderartsen, röntgenspecialisten en neuropsychiaters;
- oudere huisartsen, chirurgen, orthopedisten, dermato-venereologen, urologen en mondartsen.

Die integrale instelling bij jonge pediaters en neuropsychiaters is goed te verklaren vanuit hun specialisme, maar ook hier is de leeftijd van invloed. Bij hun kritische instelling (dit weten we reeds) t.a.v. het gebrek aan aandacht in de opleiding voor psychische, sociale en emotionele factoren, sluiten alle overige variabelen onmiddellijk aan. Hun oudere collega's formuleerden heel wat minder dergelijke kritieken.

Wellicht leggen oudere kinderartsen gemakkelijker kleine noden en wensen van klager en/of aanbieder opzij en beschouwen ze deze als ballast van het symptoom dat hen voldoende verklaring biedt. Trouwens hun niet zo hoge score in de eerste dimensie kan bij deze overweging aanleunen.

Voor de oudere neuropsychiaters kan ook die redenering gelden, maar dan eerder op grond van een meer beperkte denkruimte in voorgehouden psychiatrische ziektebeelden, terwijl de laatste decennia vooral allerlei sociale conditioneringen worden benadrukt.

Tabel 10. 2e DIMENSIE : Integrale geneeskunde.

Rangorde die de onderscheiden specialismen,
ingedeeld naar leeftijdscategorie, in de tweede
dimensie innemen.

Rang	Specialisme	Leeftijd	Gemiddelde score	
1	Anesthesisten	(J)	+14.893	Hoog
2	Anesthesisten	(O)	+ 5.895	
3	Kinderartsen	(J)	+ 1.383	
4	Chirurg., orthoped.	(O)	+ 1.233	
5	Huisartsen	(O)	+ 0.988	
6	Dermatoven., urol.	(O)	+ 0.688	
7	Röntgenspecialisten	(J)	+ 0.607	
8	Neuropsychiaters	(J)	+ 0.111	
9	Mondartsen	(O)	+ 0.091	
10	Keel-neus-oor, oog.	(J)	+ 0.048	Middel
11	Fys., orth., reumat.	(O)	- 0.042	
12	Gynaecologen	(O)	- 0.064	
13	Intern., gastro-ent.	(J)	- 0.187	
14	Gynaecologen	(J)	- 0.348	
15	Klin.biologen	(J)	- 0.364	
16	Huisartsen	(J)	- 0.563	
17	Röntgenspecialisten	(O)	- 0.736	
18	Klin.biologen	(O)	- 0.749	
19	Intern., gastro-ent.	(O)	- 0.770	Laag
20	Neuropsychiaters	(O)	- 0.864	
21	Kinderartsen	(O)	- 0.972	
22	Fys., orth., reumat.	(J)	- 0.995	
23	Chirurg., orthoped.	(J)	- 1.348	
24	Keel-neus-oor, oog.	(O)	- 1.813	
25	Cardiol., longarts.	(J)	- 3.156	
26	Mondartsen	(J)	- 3.514	
27	Dermatoven., urol.	(J)	- 3.967	
28	Cardiol., longarts.	(O)	- 6.299	

SCHEMA II. INTEGRALE GENEESKUNDE.

JONGERE \ OUDERE	HOOG	MIDDEL	LAAG
	HOOG	MIDDEL	LAAG
HOOG	Anesthesisten	Röntgenspec.	Kinderartsen Neuropsychiaters
MIDDEL	Huisartsen	Gynaecologen, Internisten, Gastro-enterologen, klin. biologen	Keel-neus-oor-spec., oogartsen
LAAG	Chirurgen, orthopedisten, urologen, mondartsen	Fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten, reumatologen	Cardiologen, longartsen

Al beheerst de röntgenspecialist 'slechts' één enkele techniek of beperkt hij zich tot het deskundig bedienen van één apparaat, wat hem van de echte geneesheer-specialist onderscheidt, dan toch wijst de jongere generatie deze eenzijdige interesse van de hand. Hun kritiek op de genoten opleiding ondersteunt deze instelling.

Is integrale zorg eigen aan de huisarts en veronderstelt dit meteen continuïteit van de zorg (follow-up), dan toch zijn het de ouderen onder hen die het best aan deze dimensie beantwoorden. Niet enkel de maturiteit kan als verklaring ingeroepen worden, maar ook de nieuwe medische constellatie van de versnippering van de geneeskunde, waarin de figuur van de nochtans even - zo niet méér - noodzakelijke traditionele gezinsarts plaats moet maken voor de aldus opgeleide figuur van de generalist.

Op dit hoge scoreniveau verschijnen ook de oudere chirur-

gen, orthopedisten, dermato-venerologen, urologen en mondartsen. Wanneer hun rangpositie binnen de leeftijdscategorie hoger is dan die van hun jongere collega's, wordt dit onmiddellijk geaccentueerd door het generatieverschil binnen het specialisme zelf.

Hoewel zij alle technische specialisten zijn, dan laat zich toch de invloed van verder doorgedreven specialisatie op medisch-technisch vlak sterker voelen bij jongeren, die blijkbaar minder aandacht opbrengen voor de periferie van de zieke als persoon.

Opvallend tenslotte is de positie die de cardiologen en longartsen bekleden. Op een paar uitzonderingen na (zij scoren hoog op de preventieve instelling en getuigen van een duidelijke zelfevaluatie in de informatieve rolcomponent) treden deze specialisten door hun lage score dermate op de voorgrond dat zij moeilijk als integraal ingestelde artsen kunnen worden gekarakteriseerd. Ook hier kan geopperd worden dat zij zich vooral medisch-technisch richten.

3. 3e DIMENSIE : Waardering van gekwalificeerde hulpkrachten.

a. Omschrijving en Benoeming (App.VI.4.3)

In deze dimensie wordt het inwinnen van randmedische informatie als een uitdrukkelijke opdracht van bevoegde hulpkrachten gezien (variabele 1). Het optreden van dezen in de praxis wordt als gunstig ervaren (variabele 4). Bij dergelijke instelling hoort ook het voorlichten van de patiënt (variabele 2), het inlichten van de patiënt (variabele 3) en het routinematig inwinnen van randmedische informatie. De hierbij betrokken artsen identificeren zich bovendien duidelijk in de onderscheiden rolcomponenten.

In het geheel predomineert, duidelijk afgescheiden met hoge lading, de erkenning in het medisch gebeuren van de gekwalificeerde hulpkracht. Uit de verdere waardering voor het optreden van deze hulpkrachten in eigen praxis en ook uit meer gedetailleerd eigen onderzoek omtrent de specificiteit van dit optre-

den blijkt, dat zij in de samenwerking het element 'complementariteit' onderkennen, dus niet een verhouding dominant-gedomineerde. Zij kennen aldus een eigen autonomie en eigen beslissingsrecht toe aan deze krachten, waaruit mag worden verondersteld dat zij hun delegerende opdrachten 'verzorgen'.

Laag scoren betekent dat de arts in het medisch gebeuren het zwaartepunt bezet, dus dat hij de hulpkrachten enkel ziet als een 'functioneel raderwerk'. Geörienteerd op het technisch aspect van zijn diagnostisch en therapeutisch werk, gunt hij zich niet altijd de tijd de randmedische aspecten van zijn beroepsuitoefening te verzorgen, maar laat hij die zorg op de schouders rusten van de hulpkrachten die allerlei psycho-affectieve problemen van de patiënt moeten opvangen.

b. Rangorde.

Alle huisartsen, fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten en reumatologen scoren hoog.

De eersten doen courant beroep op familiale helpsters en onderhouden frequent contact met medico-sociale diensten. De anderen - en dit hoort bij hun discipline - doen beroep op meer technisch gevormde hulpkrachten, zoals ergo-therapeuten, kinesitherapeuten e.d., wat niet betekent dat zij het ziektebeeld in hun disciplines los zien van de psycho-sociale context. Ten aanzien van de huisartsen duidt het verschil in de soort hulpkrachten hier enkel op een echelonverschil.

Hoog scoren ook de jongere neuropsychiaters en kinderartsen, hoewel de oudere neuropsychiaters vooraan in de middenklasse liggen. De jongere anesthesisten komen om hoger vermelde redenen andermaal niet in aanmerking.

Tabel 11. 3e DIMENSIE : Waardering van gekwalificeerde hulpkrachten.

Rangorde die de onderscheiden specialismen, ingedeeld naar leeftijdscategorie, in de derde dimensie innemen.

Rang	Specialisme		Gemiddelde score	
1	Anesthesisten	(J)	+17.629	Hoog
2	Kinderartsen	(J)	+ 3.329	
3	Neuropsychiaters	(J)	+ 2.441	
4	Huisartsen	(J)	+ 1.175	
5	Gynaecologen	(O)	+ 0.787	
6	Chirurg., orthoped.	(O)	+ 0.677	
7	Fys., orth., reumat.	(J)	+ 0.541	
8	Fys., orth., reumat.	(O)	+ 0.453	Middel
9	Huisartsen	(O)	+ 0.450	
10	Dermatoven., urol.	(J)	- 0.055	
11	Neuropsychiaters	(O)	- 0.409	
12	Intern., gastro-ent.	(J)	- 0.438	
13	Mondartsen	(J)	- 0.501	
14	Cardiol., longarts.	(J)	- 0.522	
15	Dermatoven., urol.	(O)	- 0.565	Laag
16	Gynaecologen	(J)	- 0.878	
17	Röntgenspecialisten	(O)	- 0.980	
18	Chirurg., orthoped.	(J)	- 1.116	
19	Mondartsen	(O)	- 1.308	
20	Klin.biologen	(J)	- 1.454	
21	Anesthesisten	(O)	- 1.520	
22	Kinderartsen	(O)	- 1.711	Laag
23	Intern., gastro-ent.	(O)	- 1.783	
24	Keel-neus-oor, oog.	(O)	- 1.838	
25	Röntgenspecialisten	(J)	- 1.906	
26	Cardiol., longarts.	(O)	- 2.409	
27	Klin.biologen	(O)	- 2.532	
28	Keel-neus-oor, oog.	(J)	- 4.921	

kel tussen arts en patiënt is onbestaand, voor zover de schakel zelf niet onbestaand is.

De anderen zijn duidelijk vakspecialisten. Voor zover zij gekwalificeerde hulpkrachten aanwenden, blijft hun tussenkomst ondergeschikt aan een hiërarchisch en directief systeem van hulpverlening. Tot deze categorie behoren de jongere röntgenspecialisten en de oudere internisten, gastro-enterologen, cardiologen en longartsen.

5.2.4. Interdimensionele rangorde.

Uit de resultaten van de profilering van de artsenwereld in drie dimensies blijkt dat beoefend specialisme en leeftijd om de beurt een rol spelen in de evaluatie van de praxis. Na dergelijke analyse blijft echter de vraag bestaan of de uitkomsten nog verder kunnen worden samengevat, anders gezegd of er nog meer fundamentele structurering mogelijk is.

Het komt dan ook zinnig voor na te gaan hoe en in welke mate de drie dimensies samenhangen, door ze interrelationeel te belichten.

De hiernavolgende tabel verstrekt de rang die de onderscheiden specialisten, ingedeeld naar leeftijdscategorie, in de drie dimensies innemen.

Tabel 12.

Specialisme	Jongere artsen			Oudere artsen		
	rang in dimensie			rang in dimensie		
	I	II	III	I	II	III
Anesthesisten	1	1	1	8	3	9
Klin.biologen	8	3	8	13	12	12
Card.+longartsen	9	12	12	6	14	13
Chir.+orthoped.	11	8	10	9	5	2
Derm.ven.+urolog.	12	11	6	5	10	14
Intern.+gastro.	10	5	7	11	13	10
Gynaecologen	7	6	11	2	8	1
Neuropsychiaters	4	4	2	1	4	5
Keel-, neus-, oor-spec.+oogartsen	14	13	14	4	6	8
Kinderartsen	2	2	4	7	11	11
Fys.+rad.rad.th.+reumatologen	6	10	5	12	2	3
Röntgenspec.	13	9	13	14	9	7
Mondartsen	5	14	9	10	1	6
Huisartsen	3	7	3	3	7	4

Uit de rangcorrelatie blijkt als algemene vaststelling, dat er tussen jongere en oudere artsen grondige verschillen bestaan in de conceptie van de medische praxis. Anders gezegd, interdimensioneel getuigen de jongere artsen van een vrij duidelijke homogene visie, wat uit het uitgesproken confluent beeld van de onderscheiden confrontaties naar voren treedt. Dit is niet zo voor oudere artsen. Hun conceptie van de praxis is meer genuanceerd of beter, vertoont niet die homogene structuur die de jongeren kenmerkt.

Naar de inhoudelijke betekenis van de dimensies kunnen dan volgende vaststellingen worden afgeleid.

Bij de jongere artsen sluit een individualistisch gerichte praktijkconceptie (dimensie I) best aan bij een integrale benadering van de patiënt (dimensie II) ($p : 0.56$). Waar deze individualistische instelling verder ook aanleunt bij een positieve evaluatie van paramedische hulpkrachten (dimensie III) ($p : 0.79$) zien we eveneens dat een integrale benadering van de patiënt een positieve instelling ten aanzien van de hulpkrachten impliceert ($p : 0.62$).

Omgekeerd, zal een meer team- of groepsgerichte visie over de medische praktijkvoering bij jongere artsen eerder aanleunen bij een technisch-wetenschappelijke opvatting, mede met een evaluatie van gekwalificeerde hulpkrachten, die zich beperkt tot hun functionele waarde.

Tegenover deze duidelijke congruentie bij de jongere artsen staan de scherpe divergenties voor hun oudere collega's.

Behoudens enkele uitzonderingen (neuropsychiaters, keel-, neus- en oorspecialisten, oogartsen en huisartsen) sluit de voorkeur van de oudere artsen voor een individualistische praktijkvoering (dimensie I) in het geheel niet aan bij een integrale aanpak van de patiënt (dimensie II) ($p : 0.07$) en evenmin worden de paramedische hulpkrachten door deze oudere individualisten hoog gewaardeerd (dimensie III) ($p : 0.17$).

We stellen vast dat, wanneer oudere chirurgen, orthopedisten, fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten, reuma-

tologen en mondartsen er dan toch een integrale medische praktijkvisie op nahouden (dimensie II), zij wel geneigd zijn de paramedische infrastructuur naar waarde te schatten (dimensie III) ($\rho : 0.64$). Omgekeerd echter, gaat een engere praktijkvisie van de oudere klinische biologen, cardiologen, longartsen, dermato-venerologen, urologen, internisten, gastro-enterologen, kinderartsen en röntgenspecialisten gepaard met een onderwaardering van de gekwalificeerde hulpkracht. Alle deze oudere specialisten geven blijk van een medisch-technische praktijkvisie en deze valt samen met een erkennen van de paramedische wereld enkel als een schakel in het *functioneel* raderwerk van de medische praktijkvoering.

In dit geheel nemen de oudere groeps- of teamgerichte klinische biologen, internisten, gastro-enterologen en kinderartsen een in het oog springende plaats in. Zij streven geenszins een integrale benadering van de patiënt na en evenmin geven zij er blijk van een grote betekenis te hechten aan paramedische tussenkomsten in hun praxis.

Tenslotte kan nu ook door sommering van de afzonderlijke scores binnen de drie dimensies een totaalstructuur per specialisme naar leeftijdscategorie worden bekomen. Hieruit kan de rangorde die jongere en oudere artsen innemen worden opgebouwd.

Kendall's W en de χ^2 -toets toegepast op die rangorden, geven volgende resultaten :

	Kendall's W	χ^2	df	p
jongere artsen	0.77	30.05	13	< 0.01
oudere artsen	0.46	17.97	13	< 0.10

waaruit des te sterker naar voren treedt dat, binnen de grenzen van het geheel der beschouwde dimensies, de praktijkvisie van de jongere artsen duidelijk een meer homogeen patroon vertoont dan de praktijkvisie van hun oudere collega's.

5.2.5. Schematische voorstelling van de totaalstructuur per specialisme naar leeftijdscategorie.

Op grond van de gemiddelde scores over de drie dimensies, kunnen de onderscheiden specialismen, ingedeeld naar leeftijdscategorie, in een rangorde worden geplaatst (tabel 13).

Dit totaalbeeld, ingedeeld in drie scoreniveaus, wint aan duidelijkheid in Schema IV.

Tabel 13. Rangorde die de onderscheiden specialismen, ingedeeld naar leeftijdscategorie, in het totaalbeeld van de drie dimensies innemen.

Rang	Specialisme	Leeftijd	Gemiddelde score	
1	Anesthesisten	(J)	+52.900	Hoog
2	Kinderartsen	(J)	+10.607	
3	Neuropsychiaters	(J)	+ 5.733	
4	Huisartsen	(J)	+ 3.010	
5	Huisartsen	(O)	+ 2.701	
6	Gynaecologen	(O)	+ 1.522	
7	Neuropsychiaters	(O)	+ 0.545	
8	Chirurg., orthoped.	(O)	+ 0.472	
9	Fys., orth., reumat.	(J)	- 0.009	
10	Dermatoven., urol.	(O)	- 0.519	Middel
11	Mondartsen	(J)	- 0.786	
12	Gynaecologen	(J)	- 1.316	
13	Intern., gastro-ent.	(J)	- 2.167	
14	Anesthesisten	(O)	- 2.193	
15	Fys., orth., reumat.	(O)	- 2.570	
16	Mondartsen	(O)	- 3.305	
17	Kinderartsen	(O)	- 3.645	
18	Röntgenspecialisten	(J)	- 3.742	Laag
19	Klin. biologen	(J)	- 4.057	
20	Cardiol., longarts.	(J)	- 4.929	
21	Intern., gastro-ent.	(O)	- 5.467	
22	Keel-neus-oor, oog.	(O)	- 5.636	
23	Dermatoven., urol.	(J)	- 5.748	
24	Röntgenspecialisten	(O)	- 6.193	
25	Keel-neus-oor, oog	(J)	- 7.656	
26	Klin. biologen	(O)	- 7.799	
27	Cardiol., longarts.	(O)	-10.544	
28	Chirurg., orthoped.	(J)	-14.832	

SCHEMA IV. TOTAALSTRUCTUUR.

JONGERE \ OUDERE	HOOG	MIDDEN	LAAG
	HOOG	Neuropsychiaters, huisartsen	Kinderartsen, fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten, reumatologen, anesthesisten
MIDDEL	Gynaecologen	Mondartsen	Internisten, gastro-enterologen, röntgenspecialisten, klinische biologen
LAAG	Chirurgen, orthopedisten	Dermato-venerologen, urologen	Cardiologen, longartsen, keel-, neus- oorspecialisten, oogartsen

Uit Schema IV kan het volgende worden afgelezen :
op de diagonaal van boven links naar onder rechts tekenen
zich twee fundamentele stromingen in de medische wereld af.

De ene pool wordt bezet door huisartsen en neuropsychiaters. Deze artsen zijn individualisten en zien de geneeskunde als een interdependent systeem van drie krachtvelden (somatisch, psychisch en sociaal). In dit denkmodel blijkt hun grotere waardering van de paramedische hulpkrachten ten volle in te passen.

Deze integrale visie op de patiënt betekent dat genoemde artsen een conceptie hebben van de zieke als een geheel persoon die moet geholpen worden.

Dergelijke conceptie kan best gedefinieerd worden als een bijzondere houding ten overstaan van de zieke, zoals voorgehouden door de hippocratische geneeskunde. Zij kan dus niet beschouwd worden als een nieuw ingeslagen of moderne benaderingsweg, maar als een terugkeer naar een geneeskunde van de gehele mens. In confrontatie met de zieke houdt deze geneeskunde rekening met zeer heterogene invloeden. Zij berust op een stroming die in de eerste plaats aandacht verleent aan de rol die de omgeving van de mens speelt op de aandoening en aldus terug aanknoopt bij de hippocratische traditie.

Deze artsen zijn overtuigd dat de ziekte moet beschouwd worden als een proces dat in bepaalde opzichten inherent is aan de persoon van de zieke m.a.w. aan de natuur van de persoon. Het gaat daarbij ook niet om een soort specialisme dat enkel voorbehouden is aan psychiaters, maar in heel wat specialismen van betekenis kan zijn. Immers, in de ziekte of aandoening het deel van het psychisme erkennen is zo oud als de wereld en deze houding was zowel die van de officiële geneeskunstenaars als van de genezers.

Het feit dat huisartsen en neuropsychiaters zich hier samen aanbieden kan belangrijk worden geheten in het licht van enkele andere vaststellingen zowel uit eigen aanvullend onderzoek als uit een onderzoek van ZWEENS-WIERSEMA (1968) over de relatie tussen huisarts en psychiaters.

Hun gezamenlijke multidimensionele aanwezigheid op hetzelfde niveau wijst op een sterke similariteit in hun visie op de medische praxis. In het licht van vermelde onderzoeken evenwel kan het problematisch heten dat zij elkaar moeilijk vinden in de praktijkvoering, maar precies op grond van die gelijknissen ligt de verklaring van die afstandshouding. Zij werken in hetzelfde actieveld, maar het feit dat beider grensgebieden moeilijk af te bakenen zijn, werkt ongewenste doorkruisingen in de hand. Een herdefiniëring van de huisartsenpraxis, niet enkel als permanent oriënterende arts, maar

wellicht vooral als specialist in synthetische benaderingsmethoden van de patiënt, zou aan die integrale vleugel in de medische praktijkvoering ten goede kunnen komen.

Aan de andere pool treffen we de cardiologen, longartsen, keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen aan.

Zij vertegenwoordigen de andere stroming in de medische praktijkvoering met name die van de continu groeiende medische technocratie.

Deze specialisten, met een geavanceerd wetenschappelijke cultuur, zijn door hun vorming zelf meer geïnteresseerd in de ziekte dan in de eigen persoonlijkheid van de zieke. Zij zijn occasionele therapeuten met een conceptie van de zieke als een individu met een ziekte die moet genezen worden.

De hoge graad van specialisatie vereist een complex instrumentarium. Uit hoofde van de financieel-economische uitbouw van de technisch-natuurwetenschappelijke geneeskunde zijn deze specialisten vaak verplicht over te gaan tot team-gerichte praxis in ziekenhuisverband. Vaak komen zij terecht in modelklinieken die met gespecialiseerde équipes, uitgerust met geperfectioneerde instrumenten en ultra-moderne laboratoria, de spil geworden zijn van de organisatie van de gezondheidszorg, waartegen de geïsoleerde specialist niet opgewassen is.

Langs steeds meer, méticuleus uitgevoerde laboratoriumonderzoeken en nauwkeurig uitgevoerde technische ingrepen en behandelingen, wordt gestreefd naar tastbare resultaten en successen.

Om hogervermelde redenen kan dit wetenschappelijk ideaal enkel worden bereikt binnen het kader van een onafwendbaar door de samenleving gedragen, steeds duurder wordende geneeskundé.

De groeiende complexiteit van de medische problemen, het groeiend aanbod van de specialistische gezondheidszorg, zoals hierboven geschetst, doet ook de vraag naar deze geneeskunde onophoudelijk stijgen.

Tot op dit punt werden slechts twee aspecten van Schema IV behandeld.

Allereerst werd gewezen op de diagonaal die het totaalbeeld van de samengenomen dimensies doorkruist. Deze wijst op een continuüm dat in de gehele geschiedenis van de geneeskunde te onderkennen valt. Twee polaire type-artsen tekenen zich als twee ideaal-typen af. Enerzijds is er de individueel werkende, op de zieke en niet op de ziekte gerichte arts, anderzijds onderkennen we de vooral in team-verband werkende, op de ziekte en niet op de zieke als persoon gerichte arts. De in deze twee type-artsen vertegenwoordigde visies op geneeskunde en geneeskunst zijn beide noodzakelijk voor een evenwichtige gezondheidszorg. Anders gezegd, zowel de behandeling van de integrale persoon als de technische perfectie van de noodzakelijk geachte ingreep moeten in de medische daad als zijnsgebonden elementen hun uitdrukking vinden.

In de tweede plaats werd betoogd dat, scores op deze totaal-dimensie slechts bij een beperkt aantal specialismen eenduidig en goed verklaarbaar zijn.

De huisarts en de psychiater, of zij nu ouder of jonger zijn, kunnen alleen al door de aard van hun werk verwacht worden patiënt- en niet ziektegericht te werken. Van cardiologen en longartsen en ook van keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen, alweer of zij nu ouder of jonger zijn, kan daarentegen worden verklaard dat deze specialisten eerder ziekte- dan ziektegericht werken.

Treffend is, dat deze eenduidigheid slechts kenmerkend is voor een zeer beperkt aantal specialismen. Maar even merkwaardig is, dat in alle andere disciplines oudere en jongere artsen niet enkel verschillend reageren, doch dat de situatie voor uitgesproken heelkundige specialismen duidelijk anders ligt dan voor niet heelkundige specialismen.

In Schema IV is dit onderscheid gewoon af te lezen. Door hun ligging aan weerszijden van de diagonaal van hoog/hoog naar laag/laag, onderscheiden zich beide categorieën opvallend van elkaar.

Hoe moeten deze frappante bevindingen geduid worden ?

In grote lijnen zou men het volgende kunnen poneren. Het sterk accent dat in de moderne geneeskunde op technische specialisatie wordt gelegd, heeft niet belet dat, waarschijnlijk door de aard van hun werkzaamheden, bepaalde disciplines (psychiaters, huisartsen) meer vatbaar zijn voor een steeds opnieuw ontdekken van een stel vaste waarden die tekenend waren voor de hippocratische geneeskunde. Zij de gemiddelde beroepsbeoefenaar nu jonger of ouder, de boventoon in zijn praktijkvoering is op de zieke gericht.

De cardiologen, longartsen, keel-, neus-, oorspecialisten en oogartsen vormen de tegenpool.

De wijze waarop zich deze artsen uitdrukken kan duiden op een grotere vatbaarheid voor technische innovaties. Als boventoon en vast omliggende regel geldt, aandacht voor de ziekte.

Bij alle andere disciplines is mogelijk de aard van de werkzaamheden niet zo eenduidig. Dit kan wijzen op veranderbaarheid van opvattingen over de praktijkvoering in deze specialismen. Moeilijk te voorspellen echter blijft, welke richting in welke disciplines deze opvattingen zullen inslaan. In elk geval kunnen in het groeiproces overvloeiingen ontstaan hetzij van meer ziekegericht naar meer ziektegerichte opvattingen of omgekeerd.

Keren we terug tot Schema IV. Boven de diagonaal bevinden zich een aantal specialismen waarvan de jongere beoefenaren meer ziekegericht scoren dan de ouderen. Het zijn de jongere kinderartsen, fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten, reumatologen, internisten, gastro-enterologen en een aantal jongere ondersteunende specialismen (anesthesisten, röntgenspecialisten en klinische biologen).

Een plausibele overweging bij deze bevinding is, dat zij een weerspiegeling van een *generatieverschil* kan zijn. Op een paar uitzonderingen na, kennen alle deze specialismen de laatste decennia een sterke groei in de vorm van de procentuele stijging van het aantal beoefenaren.

Immers, in hun gespecialiseerde opleiding hebben zij kennis gemaakt met een sterk uitgebouwde paramedische infrastructuur, die hen als een onontbeerlijke entourage voor een totale benadering van de patiënt ten dienste stond. De ouderen kenden dit niet. Mogelijk is de jongere fractie dan ook weer op weg naar een meer integrale ziekegerichte benadering.

Deze enkele meting van het verschijnsel laat evenwel een zekere twijfel bestaan omtrent de algemeenheid van voorgaande overweging. Mogelijk ligt immers ook een plausible verklaring voor de leeftijdsverschillen in het *levensfaseverschil*. De jongere kinderarts, fysiotherapeut of internist start, ondanks een breed veld van niet onmiddellijk definieerbare aandoeningen, vaak idealistisch patiëntgericht in zijn vak, doch ouder geworden, mogelijks ook ontmoedigd, maakt hij een crisis door die hem tot een meer ziektegerichte benadering leidt.

Beneden de diagonaal bevinden zich de resterende, maar dan heelkundige specialismen waar thans de ouderen meer ziekegericht scoren dan de jongeren. Het zijn de gynaecologen, chirurgen, orthopedisten, dermato-venerologen en urologen.

Ook met deze specialismen kan voorgaande verklaring compatibel zijn.

Als het gaat om een generatieverschil, zou dat betekenen dat de aankomende generatie heelkundigen sterk medisch-technisch en ingreepgericht werkt. Als "super-techniekers" is het hen wellicht een allergewoonste zaak een stel verantwoordelijkheden te nemen in situaties waar de menselijke kwetsbaarheid veel groter is dan bij de niet-snijdende specialismen. Aldus wordt bij deze jongere artsen de boventoon gevoerd door hun technische kennis en vaardigheden.

Voor de oudere generatie die destijds niet dat snelle tempo van moderne medisch-technische uitvindingen hebben beleefd, blijft de patiënt meer in zijn totaliteit spreken.

Nochtans kan ook hier weer de hypothese omtrent levensfaseverschillen worden geformuleerd.

Voor al in de heekundige specialismen domineert de techniek. De jongere beoefenaren treden enthousiast aan, vol vertrouwen in hun kennis en hun "automatisch" genezend mes. Zij zijn gericht op het ziektebeeld, waarin een systematische houding wordt aangenomen. Ouder geworden blik de heekundige terug. Op grond van zijn levens- en vooral van zijn praktijkervaring heeft hij geleerd, de patiënt niet langer meer als een louter organisme te zien. Inzicht in de betrekkelijkheid van zijn techniek brengt hem dichter bij de patiënt als individu.

Dit dualisme in de interpretatie van de eindresultaten van dit onderzoek moet dan ook een uitnodiging zijn om door voortgezet en meer toegepast onderzoek de grondhouding van de verschillende specialisten ten opzichte van hun werk nader te bestuderen en tevens door voortgezette meting na te gaan of de leeftijdsverschillen hun oorzaak vinden in generatieverschillen of in levensfaseverschillen of in beide.

5.3. Beknopt overzicht van de poging tot profilering.

In dit hoofdstuk wordt aanvankelijk gepoogd de onderscheiden afhankelijke variabelen onder controle te houden door ze achtereenvolgens te toetsen naar hun afhankelijkheid van een aantal onafhankelijke variabelen. De werkwijze hierbij verloopt iteratief d.w.z. dat trapsgewijze wordt nagegaan welke onafhankelijke variabele van de eerste orde is en vervolgens welke onafhankelijke variabele van de tweede, van de derde orde is enz... die de betrokken afhankelijke variabele verklaren. Deze analyse zoekt alsdan naar zuivere samenhangen die niet gecontamineerd worden door de voorgaande variabele. Aldus wordt inzicht verkregen in de bijdrage van afzonderlijke variabelen tot de verklaring van de variantie in de bestudeerde afhankelijke variabelen.

Opinies en waardeoordelen treden echter zelden geïsoleerd op, zodat zich een meer zinvolle benadering opwingt. Het is immers belangrijk te weten in welke zin kenobjecten (in casu de artsen) door meerdere kenmerken van elkaar ver-

schillen. Daartoe wordt beroep gedaan op een multidimensionale schaaltechniek die toelaat deze kenobjecten in een aantal dimensies te plaatsen waardoor zij dan ook bepaald worden.

Daar deze technieken, zoals eerder reeds vermeld, enkel op dichotomieën kunnen worden toegepast, beperken zich de gevonden significante relaties tot de concentratie in één der twee subcategorieën. Zodoende is bij interpretatie ervan toch enige gereserveerdheid geboden.

Dergelijke werkwijze krijgt evenwel bij extensief onderzoek een bijzondere plaats. Immers extensief onderzoek beoogt een zo breed mogelijke structuur te verkennen en ze functioneel of causaal te beschrijven.

Uit de resultaten die in deze synthese naar voren zijn getreden blijkt duidelijk hun aansluiting bij de meer fractionele vaststellingen in de voorgaande hoofdstukken. Het is dus mogelijk gebleken tussen de vele elementen bij dit onderzoek betrokken verbindingslijnen te trekken onder de vorm van dimensies.

De leeftijd van de arts en het specialisme dat hij uitoefent blijken de voornaamste factoren te zijn die de verschillen in de praktijkvisie bepalen.

Door de aard van hun werkzaamheden treden huisartsen en neuropsychiaters, ongeacht hun leeftijd, naar voren als ziekegerichte artsen. Als tegenpool hebben zij een aantal specialisten die medisch-technisch, dus ziektegericht zijn. Ongeacht hun leeftijd horen hierbij : de cardiologen, longartsen, keel-, neus- en oorspecialisten en de oogartsen.

Treffend anders is de positie die duidelijk heelkundige specialismen innemen. Hier blijkt het levensfaseverschil het verschil in praktijkvisie te bepalen. Dit komt overduidelijk tot uiting bij de chirurgen en de orthopedisten. Jongere beoefenaren van deze disciplines, waarschijnlijk uit hoofde van een sterke accentuering in de moderne geneeskunde van technische vervolmaking, zijn uitgesproken meer ziektegericht dan de ouderen onder hen. Dit geldt ook, doch in minder sterke mate voor de gynaecologen.

Bij een derde categorie van specialisten waar de praktijkvisie eveneens verschilt naargelang de leeftijd kan het generatieverschil bepalen dat de jongeren onder hen meer ziekegericht zijn dan de ouderen. Het betreft de kinderartsen, fysiotherapeuten, radio-radiumtherapeuten, reumatologen en anesthesisten.

Voor de restgroep van internisten, gastro-enterologen, röntgenspecialisten en klinische biologen valt het moeilijker een verklaring te verstrekken. Het verschil in visie tussen jongeren en ouderen loopt niet sterk uiteen, zodat kan geopperd worden dat, afhankelijk van individu tot individu, nu eens een meer zieke-, dan weer een meer ziektegerichte instelling primeert.

Aan een paar punten in verband met het basis-onderzoek mag echter niet kritiekloos worden voorbijgegaan.

Kreeg de studie bij het artsenkorps een vrij behoorlijke responsie, dan zijn de onderzoekgegevens niet van zeer recente datum. Het veldonderzoek werd immers beëindigd in 1968. Aan het te lang uitblijven van de uiteindelijke rapportering ligt, naast een aantal andere omstandigheden, ondermeer ook het feit ten grondslag dat onze statistische zienswijze van waaruit werd vertrokken, op een te enge basis berustte.

Er werd dan ook tot een grondige herstructurering van de onderzoekgegevens overgegaan, wat in niet onaanzienlijke mate bijkomend opzoekings- en studiewerk heeft gevergd.

In vraag moet dan ook gesteld worden of de bevindingen die uit het voorliggend onderzoek zijn naar voren getreden, sterk zouden verschillen van meer recent onderzoek op dit gebied.

Met alle reserves die aldus bij deze studie moeten gesteld worden, kan wel gewezen worden op het feit dat de medische wetenschap en de opleiding daarin de laatste jaren van verhoogde techniciteit getuigt en, strikt genomen, het terug aanknopen bij een hippocratische geneeskunde nog steeds een belangrijk vraagteken vormt.

Indien we erin geslaagd zijn, ondanks onvermijdelijke tekortkomingen, de zelfconceptie van de artsen in de medische praxis dimensioneel te analyseren, dan zou het, mede op grond van onze bevindingen, nuttig en wenselijk zijn verder onderzoek te verrichten en dit toe te spitsen op de leeftijdsverschillen binnen de diverse disciplines.

De leemten, die wij in deze verkennende studie aanvoelen, kunnen dan worden opgeheven door rechtstreeks op zoek te gaan naar de dieperliggende betekenis van die verschillen. Een meer verfijnd inzicht in deze kan dan ook met meer gezag aanwijzen in welke medische disciplines ofwel het levensfaseverschil, zo niet het generatieverschil of beide werkzaam zijn.

SAMENVATTING

De studie brengt verslag uit over een onderzoek naar praktijkvoering en zelfevaluatie van 1654 belgische huisartsen en specialisten.

Aanleiding tot deze studie was de vaststelling dat, in de medisch-sociologische literatuur, ondanks de steeds voortschrijdende specialisatie in de geneeskunde, geen systematisch onderzoek te onderkennen viel over mogelijke differentiaties in de rolconceptie van de artsen naargelang hun specialistische discipline. Verondersteld werd dat dit specialisatieproces aanwijsbare verschillen in de rolconceptie moet sorteren en dit onvermijdelijk invloed heeft op een al dan niet of minder integrale benadering van de zieke.

Vertrekkend van deze hypothese werd besloten een onderzoek te verrichten dat, gezien de probleemstelling, voldoende extensief moest zijn, om de vermeende verschillen in de rolconceptie te kunnen opsporen.

Het vrij omvangrijk onderzoekingsmateriaal werd verzameld bij middel van een in de nederlandse en de franse taal opgestelde vragenlijst. Rekening houdend met de geografische spreiding van de betrokkenen over beide taalgebieden, werden 5.153 exemplaren in gedrukte vorm per post verstuurd. Een ruim opgevatte toetsing van de vraagstelling bij 400 artsen ging aan het definitief onderzoek vooraf.

Voor de huisartsen werd gebruik gemaakt van een a-selecte steekproef in beide taalgebieden. Van de 900 aangezochte huisartsen werden 330 antwoorden bekomen (36.6%) waarvan 16 als ongeldig werden geweerd. Voor de specialisten werd de totale populatie aangeschreven om te vermijden dat weinig bezette disciplines in het onderzoek zouden ontbreken. Van de 4.970 aangezochte artsen-specialisten (ondanks tijdrovende inspanningen kon bij gebrek aan degelijke adressenlijsten niet iedereen worden bereikt) werd een respons bekomen van 1.397 personen (28.1%) waarvan 57 antwoorden als onbruikbaar moes-

ten worden geweerd.

Dat de respons behoorlijk kan worden genoemd moge blijken uit slechts enkele kleine afwijkingen die de verhoudingscijfers met betrekking tot de onderscheiden specialismen in de totale populatie vertonen.

Het onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel handelt uitsluitend over de wijze waarop de artsen de randmedische context van hun praktijkvoering verzorgen. Door middel van de chi-kwadraat toets wordt gezocht naar de significante relatie van deze inzet met een aantal achtergrondvariabelen.

Het eerste hoofdstuk brengt verslag uit over het verloop van het onderzoek en de voorbereiding van het onderzoekingsmateriaal. In het tweede hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre de artsen hun academische opleiding adequaat hebben gevonden. Op welke wijze en in welke mate de ondervraagden getuigen van een reële belangstelling in verband met de maatschappelijke en psychologische aspecten van hun praktijkvoering, wordt onderzocht aan de hand van het belang dat zij hechten aan het inwinnen van randmedische informatie in de praxis, van het aanwenden en waarderen van paramedische hulpmiddelen, van hun appreciatie van medisch teamwerk en hun uitgebrachte voorkeur voor de individuele of voor de groepspraktijk. In het derde hoofdstuk wordt in het licht van het specialisatieproces gepeild naar opinies en attitudes van de arts omtrent de sociaal-psychologische achtergronden en de preventie in de praktijkvoering.

In het tweede deel van deze studie wordt bij middel van de factoranalyse techniek gepoogd enkele waardehoudingen (verantwoordelijkheden) in de rolvervulling van de artsen te identificeren en te omschrijven, met name : de sociaal-integratieve, de informatieve, de sociaal-opvoedende en de psycho-therapeutisch/"magische" rolcomponent.

Deze rolcomponenten worden in hoofdstuk IV verklaard in functie van de variabelen die in het eerste deel worden geanalyseerd.

Hoofdstuk V brengt de synthese van het onderzoek. Hierin wordt met behulp van de techniek der trapsgewijze regressie en van een multidimensionele schaalanalyse een totaalbeeld van de praktijkvoering getekend. Aangezien deze onderzoekstechnieken enkel kunnen toegepast worden wanneer de ondervraagde op alle vragen heeft geantwoord, heeft de totaalbenadering betrekking op 1.414 artsen.

In deze poging tot profilering wordt vastgesteld dat de zelfconceptie van de medische praktijkvoering in alle behandelde facetten kan herleid worden tot drie dimensies : - de individualistische hulpverlening, de integrale geneeskunde, de waardering van gekwalificeerde hulpkrachten.

Hierbij duiden de resultaten er op dat over de gehele lijn van het onderzoek twee verklarende variabelen van bijzondere betekenis zijn, met name de leeftijd en het beoefend specialisme.

Een interrelationele benadering van de drie dimensies in functie van beide variabelen geanalyseerd, toont aan dat twee fundamentele stromingen, te omschrijven als twee polen van een continuüm, de medische wereld doorkruisen.

De ene pool, bezet door huisartsen en neuropsychiaters, wijst op een geneeskunde die bijzondere aandacht verleent aan de rol die de omgeving van de mens speelt op de aandoening. Het is de aard van de betrokken medische disciplines die deze instelling bepaalt. Het leeftijdsverschil is geen kenmerkende variabele.

De andere pool is kenschetsend voor een continu groeiende medische technologie, vertegenwoordigd door cardiologen, longartsen, keel-, neus- en oorspecialisten en oogartsen. Ook hier is er geen aanwijzing dat het leeftijdsverschil een rol speelt en is het de specifieke aard van de werkzaamheden in deze specialismen die genoemde instelling bepaalt.

In andere disciplines reageren oudere en jongere artsen verschillend doch, afhankelijk van het specialisme, dus vermoedelijk door de aard van hun werkzaamheden, mede door hetzij het levensfaseverschil of door het generatieverschil, zal ofwel aan een ziekegerichte benadering worden vastgehouden, ofwel een medisch technische en dan ook meer ziektegerichte

handeling worden gesteld.

De restgroep omvat een aantal specialismen waar noch de leeftijd, noch de aard van de werkzaamheden de instelling van de arts duidelijk conditioneert, maar waar mogelijks het verschil van individuen de verschillen in de praktijkvisie verklaart.

Enige restrictie is evenwel geboden bij de resultaten in deze studie vervat. Het veldonderzoek werd afgesloten in 1968. Aan de vertraagde rapportering ligt een samenloop van werkomstandigheden ten grondslag. Bovendien evenwel werd bij een eerste versie van een te eng statistisch werkconcept vertrokken, op grond waarvan op ingrijpende wijze een nieuwe analyse heeft plaatsgevonden.

Indien bij genoemd negatief geluid moet berust worden, dan nopen de resultaten van deze verkennende studie, waarin gepoogd werd de medische praxis differentieel naar specialistische discipline te analyseren, tot nader onderzoek dat zich in elk geval bewust dient te richten naar een meer precieze benadering van verschillen in leeftijd en generatie tussen medische beroepsbeoefenaren.

SUMMARY

This book deals with the study of the practice and self-evaluation of 1.654 Belgian doctors and specialists.

The first motive for working out this study was the lack in medical-sociological literature of any systematic research into the possible differentiation in role conception of doctors according to their specialized disciplines, in spite of the continual specialization in the medical profession. It was assumed that the process of specialization would lead to demonstrable differences in role conception and that this would inevitably influence the degree of integral approach of the patient.

This assumption was the starting point of the study. In view of the problem put forward, the research had to be sufficiently extensive in order to detect the presupposed differences in role conception.

The rather extensive research material was compiled by means of a questionnaire in Dutch and French. Printed questionnaires were sent to 5.135 persons in both language areas. An extensive prequestioning of 400 doctors preceded the definitive enquiry.

As far as family doctors were concerned, a random sampling procedure was performed. Out of the 900 general practitioners invited to answer, 330 replied (36,6%); 16 replies were excluded as being invalid. As far as specialists were concerned, data were gathered from the total population so as to avoid less-occupied disciplines from being excluded.

In spite of time-consuming efforts, the total population could not be reached due to the lack of complete lists of addresses. Eventually, we wrote to 4.970 specialized doctors. 1.397 of them answered (28,1%); 57 replies were excluded as they were considered of no use.

This is a fair response as it shows only a few small deviations from the proportions represented by the different specialities in the total population.

The study consists of two parts.

Part one deals exclusively with the way in which doctors pay attention to the surrounding medical context of their practice. By means of the chi-square test we tried to ascertain the significant relation of this approach with a number of background variables.

Chapter one deals with the design of the research and the preparation of the research material. Chapter two examines to what extent the doctors have found their academic training adequate. In addition, this chapter goes into the problem of how and to what extent the interviewed doctors evidence a real interest in the social and psychological aspects of their practice. This is studied on the basis of the importance they set upon gathering supplementary medical information, the use and appreciation of para-medical help, the appreciation of medical teamwork and their preference as to individual or group practice. The third chapter probes into the opinions and attitudes of the doctors with respect to the role of social-psychological backgrounds and of prevention in their practice. This is examined in the framework of continuing specialization.

The second part of this study tries to identify and define some value attitudes (responsibilities) in the role fulfilment of the doctor, particularly the social-integrative, the informative, the social-educational and the psycho-therapeutic/ 'magic' role component. This is done by means of the factor analysis technique.

In chapter IV these role components are explained on the basis of the variables analyzed in part one.

Chapter V is the synthesis of the examination. Here we characterize the global image of the doctor's practice by means of the stepwise regression technique on the one hand and by means

of a multidimensional scale analysis on the other hand. Since these research techniques are applicable only when the individual has answered all the questions, this global approach refers to 1.414 doctors.

This attempt at profile-sketching shows that a doctor's self-conception of his practice in all of the treated facets can be reduced to three dimensions : the individualistic medical treatment, the integral medical practice, the appreciation of qualified para-medical staff. The results in relation to these dimensions point to the special significance of two variables i.e. age and specialized discipline.

When analyzing an interrelational approach of the three dimensions on the basis of these two variables, it is revealed that two fundamental trends, to be defined as the two extremes of a continuum, seem to be crossing the medical world. One extreme, occupied by family doctors and neuro-psychiatrists, points to a kind of medicine that pays special attention to the influence of man's environment on the nature of his complaints. This attitude on the side of the doctor is determined by the nature of the medical discipline he belongs to. Age is not a discriminating variable on this side of the continuum.

The other extreme side is characteristic of the continually growing medical technology, as represented by cardiologists, lung specialists, throat-, nose and ear specialists and ophtalmologists. One again there is no clear indication that age plays a role and once more it is the specific nature of the practice in these specialities that accounts for the recorded attitude.

In other disciplines older and younger doctors do follow a different approach. Some doctors will stick to a patient-oriented approach, while some others will be more symptom-minded and will treat their patients in a technical way. This difference in approach still varies with their speciality, so presumably with the nature of their activities, as well as with the phase

in their life-cycle they are passing through and with the difference in generation.

The remaining group includes a number of specialities where neither the age nor the nature of the activities determine the doctor's approach to any significant extent. Here differences between individuals may account for the differing attitudes towards medical practice.

Some restrictions with respect to the results mentioned in this study should be kept in mind. The field work was finished in 1968. Reporting was delayed by a conjunction of working circumstances. Moreover, the first statistical working concept was not comprehensive enough; for that reason a completely new analysis was carried through.

In spite of this negative aspect, the results of this exploratory study, in which an attempt was made to analyze medical practice on the basis of membership of different specialized disciplines, point to the need for more thorough research. More precisely, future research should concentrate on a more accurate analysis of the role played by differences in life-cycle phase and generation among members of the medical profession.

NOTEN

- (1) Klinische biologie : in Nederland vermoedelijk uitgesplitst in klinische chemie, bacteriologie en pathologie.
Fysiotherapie : in Nederland gerubriceerd onder revalidatie en fysieke therapie.
- (2) Om zich als specialist te kunnen vestigen moet de betrokken arts beantwoorden aan de criteria voorzien bij de Wet van 24-5-58. Deze bepaalt per specialisme de voorwaarden waar moet aan voldaan worden. In de regel komen deze neer op : houder zijn van een diploma van doctor in de geneeskunde en bovendien een getuigschrift kunnen voorleggen van specialisatie in het vak waarvoor geopteerd wordt. Deze specialisatie moet blijken uit een certificaat afgeleverd door een Belgische Faculteit van Geneeskunde of gelijkwaardig erkend door één van deze faculteiten of door een interfacultaire keurraad. Een per specialisme ingestelde officiële erkenningscommissie beslist over de erkenning. Wil een reeds gevestigde huisarts of specialist tot het uitoefenen van een (ander) specialisme overgaan, dan is hij gehouden tot het doorlopen van een stage in een door de erkenningscommissie erkende medische instelling waarbij de opterende arts afziet van zijn voorheen uitgeoefende huisartsenpraxis of vroeger specialisme. In afwijking van de tot één specialisme gehouden praxis, kan de erkenningsbewilliging de uitoefening van het specialisme in cumulatie met de algemene geneeskunde of met een ander specialisme toelaten, hetzij in plaatselijk verband of in streken die verafgelegen zijn van grote centra, hetzij voor een beperkte termijn.
- Bij uitzondering mag de cumulatie met een ander specialisme worden toegestaan indien deze er nauw mee in verband staat of zo de omstandigheden van geografische aard dit verrechtvaardigen.
- (3) Een consensus over dit facet van de professionalisering is er niet.

- (4) Dit sluit in dit opzicht geenszins de idee van het complementair karakter der diverse sociale statussen uit.
- (5) De lijsten van de Rijksdienst voor Ziekte en Invaliditeit waren nooit volledig en pas in 1973 kwam een globale lijst tot stand. Zij omvat : een alfabetische naamlijst per provincie en per arrondissement (zonder totalisering). Per medisch specialisme zijn er dus geen cijfers bekend. Handdepouillement is geboden.
- (6) Dit geldt zowel de keuze van de medische studie als de motiveringen van hun keuze voor de algemene praxis of voor een specialisme. De resultaten van de vraagstelling hierover worden niet opgenomen in de studie.
- (7) Nog 230 artsen antwoordden wel positief, maar formuleerden niettemin ongevraagd ook kritieken. Samen komt dit neer op meer dan de helft der respondenten.
- (8) De items waarover werd geïnformeerd zijn : het inkomen, het onderwijsniveau, het beroep, aspiraties, gezinsmoeilijkheden, morele problemen, betrekkingen met vrienden, financiële moeilijkheden, woonvoorwaarden, vrije tijd, dieet, vroegere behandelingen. Er weze hier aan toegevoegd dat, wanneer de arts aan een aantal items een routinekarakter hecht, hij voor de overige items complementair oordeelt dat deze enkel in specifieke gevallen gelden.
- (9) Hierbij zijn ook de artsen meegeteld die beide praxisvormen beoefenen.
- (10) Zie voor theoretische situering en kritische beschouwingen rond deze problematiek het onderzoek van H.Philipsen over: "De omvang en complexiteit van algemene ziekenhuizen" In "De gewone ervaring leert al anders" Afscheidsbundel ter nagedachtenis aan Prof.A.N.J. den Hollander, Alphen aan den Rijn, 1976, blz.152-171.
- (11) Zie nochtans de studie van I.J.A. Bernt : "Groepspraktijken en Gezondheidscentra", Rotterdam, 1973, waarin de auteur een vijftigtal groepspraktijken in Nederland onderzocht naar hun medische, organisatorische, financiële e.a.

aspecten. Zie ook vooral in verband met mogelijke en reële conflictsituaties de belangrijke studie van Lamberts, H. : "Samenwerken in een team - Een routebeschrijving door een ruig landschap". In : "Huisarts en Wetenschap", n°.17, 1974, blz. 15-23.

- (12) Het begrip "groepsgeneeskunde" werd ten behoeve van de artsen als volgt gedefinieerd : "uitgeoefend door twee of meer artsen, die de verbintenis hebben aangegaan rechtmatig tussen te komen in de kosten verbonden aan het medisch equipement, alsook in de zorgen verleend aan de gemeenschappelijke patiënten. De globale inkomsten worden bovendien, ingevolge een gemeenschappelijk akkoord, rechtmatig verdeeld".
- (13) De resultaten van deze "keuzen" werden niet opgenomen in de studie.
- (14) De verwachtingen gesteld in de Inleiding bij dit hoofdstuk worden dus slechts door een goede helft ingelost.
- (15) Zie wat A.Querido hiervan zegt in "Voordrachten over sociale Geneeskunde", VII + 204p., 1958, blz. 144 en vlg.
- (16) Het gezondheidsbegrip ligt immers anders bij neuropsychiaters. Zie hierover Redlich, F.C. : "Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie". In : "Der Kranke in der modernen Gesellschaft". (A.Mitscherlich e.a. Herausgeber, 1973, blz. 88-110.)
- (17) Zie in verband met de veranderende rolverwachtingen en de daaraan verbonden veranderingen in de praktijkvoering : Bergsma, I. : "Gezonde communicatie. Interdisciplinaire en andere communicatie in de gezondheidszorg", 1971, blz. 32; Persoon, J.M.G. : "Veranderingen in de patiënt-huisartsrelatie", 1972; Larsen, D.E. en Rootman, I. : "Physicians role performance and patient satisfaction". In : "Social Science and Medicine", Vol.10, n°.1, Jan. 1976, blz. 29-32. Zie ook Lammers, C.J. : "De huisarts en zijn patiënt. Een sociologische voorstudie". Soc.Wet.Verkenningen. ISONEVO, blz. 110-139.

- (18) Menzel, H., Coleman, J. en Katz, E. : "Dimensions of being 'modern' in Medical Practice". In : "Journal of Chronic Diseases", Vol.9, n°.1, Jan. 1959, blz. 34 en vlg.
- (19) Zoals uit aanvullend onderzoek blijkt, onderhouden deze specialisten ook veelvuldiger contacten met collega's. Zie ook bvb. de interessante studie van Van den Ende, W.J. en Merens-Riedstra, A.S. : "Onderlinge relaties tussen de artsen die betrokken zijn bij de behandeling van hartinfarctpatiënten", Leiden, 1972.
- (20) Een duidelijke waarschuwing tegen inadequate informatie van het publiek vindt men in Theil, P. : "Pour le meilleur ou le pire ? L'information médicale du 'grand public'". In : Eck, M. : "Le médecin face aux risques et à la responsabilité". (Textes réunis...) Paris, 1958, blz. 416 en vlg. Zie ook de kritiek door J. de Graaf en H. Philipsen (1976) geuit tegen de wanverhouding die tussen berichtgeving in de pers over geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg bestaat.
- (21) De pessimistische visie die A. Querido formuleert over dit specialisme, wordt dan toch door deze vaststelling enigszins gemilderd. (Querido, A. : "Geneeskunst in transcendentie". In : "Werken in uitvoering. Een keur uit de geschriften van Prof. Dr. A. Querido", Amsterdam, 1970, blz. 85.
- (22) Weinig auteurs hebben aan deze problematiek de aandacht gewijd. Enige beschouwingen daaromtrent vinden we wel bij Steinebach, Dr. : "Arztliche Aufgaben", 1956, blz. 32; Lederer, H.D. : "How the Sick view their World". In : "The Journal of Social Issue", Vol.8, 1952, blz. 254-255; Field, G. : "Structured strain in the Role of the Soviet Physician". In : "The American Journal of Sociology", Vol.38, n°.5, March 1953, blz. 496.
- (23) Zie de interpretatie die De Melker aan het verwijzingspatroon van de huisarts verbindt. Melker, R.A. (De) : "Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin", Nijmegen, 1973.

De auteur stelt dat, veranderingen in het functioneren van de huisarts kunnen bijdragen tot een vermindering van het aantal verwijzingen naar specialisten. We menen evenwel dat veranderingen in de aard van de ziekteverschijnselen tot vermeerdering van het aantal verwijzingen kunnen leiden en denken hier vooral aan de onderwaardering van de psychiater. A.C.Zweers-Wiersma "Huisarts en geestelijke gezondheid" (1968) en ook J.H.Swarte (1968) stellen voor Nederland, net als wij voor België vast dat, huisartsen psychiatrische tussenkomst negeren. Dit geldt trouwens volgens ons aanvullend onderzoek niet enkel de huisartsen. Dit impliceert echter structurele veranderingen in het gezondheidsbeleid of een mentaliteitsverandering van de artsen. In verband hiermee wordt voldoende duidelijke taal gesproken door de "Werkgroep Alternatieve Economie" van Leuven.

- (24) Dat de zoektocht naar "goede" psychotherapeutische benaderingen nog lang niet ten einde is en zeker van consensus geen sprake is, wordt door K.A.Soudijn (1977) belicht.
- (25) Daar deze berekeningstechnieken een gezamenlijke input van afhankelijke en onafhankelijke variabelen inhouden, worden door het optreden van "missing values" een aantal respondenten in deze analyse uitgeschakeld. Het aantal betrokken artsen valt hiermee terug op $1654 - 240 = 1414$.

A P P E N D I X

APPENDIX I.

STATISTISCHE VERWERKING

Op de cijfergegevens werden volgende berekeningsmethoden toegepast : percentageberekening, significantietoets (χ^2), associatiematen (Goodman-Kruskal's γ en Somer's d), stapsgewijze meervoudige regressie, multidimensionele schaalanalyse (MINISSA-I(N) programma van Edw.E.ROSKAM).

1° De χ^2 -toets.

Wanneer voor een onderzocht verschijnsel bij confrontatie met een of andere onafhankelijke variabele verschillen worden vastgesteld, moet worden nagegaan of deze niet aan het toeval te wijten zijn. Dit wordt onderzocht aan de hand van een χ^2 -toets.

Deze toets gaat uit van de veronderstelling (de nulhypothese) dat de vastgestelde verschillen inderdaad louter toevallig zijn. In die hypothese wordt onderzocht welke de kans is, dat in de gevonden verschillen nog meer van elkaar afwijkende cijfers zouden optreden. Is deze kans kleiner dan 5%, dan wordt de veronderstelling van toevalligheid verworpen en de verschillen als significant beschouwd.

Daar de χ^2 -verdeling een continue verdeling is, is voor de 2 x 2 tabellen een discontinuïteitscorrectie (correctie van Yates) toegepast.

Als associatiematen zijn verder berekend :
Goodman's γ en Somer's d .

2° De factoranalyse.

Als multivariate statistische techniek richt de factoranalyse zich specifiek tot de studie van interrelaties binnen een gegeven set van waarnemingen, waarbinnen verbanden niet a-priori te onderkennen zijn. De factoranalyse vereenvoudigt een grote datamatrix tot een veel kleinere, waarbij zorg gedragen wordt dat zo weinig mogelijk informatie verloren gaat.

Dit geschiedt langs mathematische identificatie van bindingspatronen tussen gerelateerde variabelen.

Gestart wordt met het berekenen van de intercorrelaties tussen alle variabelen. Aan de hand van deze correlatiematrix worden tussen de variabelen lineaire combinaties gemaakt. Ten einde de dimensies te bepalen, wordt een "principal component-analyse" gebruikt, waarbij verondersteld wordt dat de totale variantie van de variabelen kan worden verklaard. De aldus verkregen onderliggende dimensies worden factoren genoemd. Zij vertegenwoordigen de originele variabelen in hun onderlinge samenhang.

Daar de verkregen factoren in de regel niet steeds een duidelijke structuur hebben d.w.z. het ideale patroon zelden of nooit bereikbaar is en derhalve niet rechtstreeks interpreteerbaar, moeten ze geroteerd worden. Een varimaxrotatie splitst daarom de varianties tussen variabelen zo op, dat een variabele hoog laadt op de ene dimensie en laag op alle andere factoren. Zodoende wordt een bevredigend resultaat bekomen en blijft enkel nog de opdracht de aldus verkregen factoren in hun samenhang te benoemen.

In ons onderzoek werd de factoranalyse toegepast op een aantal statements die betrekking hebben op de visie van de artsen over het specialisatieproces, over zijn zelfidentificatie op het preventieve vlak van zijn praxis en over een aanzienlijk aantal statements specifiek betrekking hebbende op de rolvervulling. Uit deze laatste analyse kwamen vijf factoren (App.IV) tot stand die een zelfevaluatie van de arts inhouden over zijn preventieve instelling (factor II) en dan vier rolcomponenten (factor I - III - IV - V).

De ladingen van de statements op de factoren (gerelateerd van de variabelen met de onderliggende factoren), zijn pas dan betekenisvol geacht voor de naam van de dimensie, wanneer de moduluswaarde groter is dan .30.

Voor de berekening van de score van een individu op de betreffende factor is gebruik gemaakt van de methode met "generalized inverse" van de factormatrix. De uiteindelijke scores zijn genormaliseerd en gestandaardiseerd : ofwel het gemiddelde is nul en de standaardafwijking van de frequentieverdeling is gelijk aan één. Het intervalniveau van de factoren is bij bewerking van de tabellen met variabelen van lager niveau (verklarende variabelen) in vier categorieën ingedeeld, nl. :

<-1.01 ; $-1.01 - \leq 0.00$; $0.01 - \leq 1.00$ en 1.01 en hoger

De factoren zijn na deze indeling gecontroleerd op het criterium van géén samenhang tussen de dimensies. Aan deze eis werd op bevredigende wijze voldaan.

3° MINISSA-I(N) . Multidimensionele schaling.

Multidimensionele schaling van gelijkenissen tussen stimuli (in onderhavig geval waarnemingen) beoogt de coördinaten te vinden van n punten die de waarnemingen vertegenwoordigen in een n -dimensionele ruimte en wel zodanig dat de afstanden tussen twee punten bij benadering dezelfde rangorde hebben als die van de gelijkenissen tussen de waarnemingen. De schaling moet geschieden op basis van ordinale data m.a.w. men gebruikt alleen de rangordening van de gelijkenissen.

Methoden voor ordinale data door Kruskal en Guttman/Lingoes ontwikkeld, vertoonden evenwel bepaalde bezwaren waaraan Roskam en Lingoes achteraf verhielpen door het samenstellen van een algoritme dat de goede eigenschappen van beide voorgaande methoden verenigde in MINISSA-I(N). Dit programma eist een symmetrische matrix van gelijkenissen-indices tussen n elementen (waarnemingen), zonder ontbrekende gegevens. Derhalve heeft de multidimensionele schaalanalyse toegepast in onderhavig onderzoek slechts betrekking op 1414 artsen (d.w.z. de betrokken artsen hebben op alle variabelen geantwoord).

4. Stapsgewijze meervoudige regressie.

Deze techniek selecteert uit de betrokken verklarende variabelen de optimale subgroep van de afhankelijke variabele d.i. het kleinst aantal variabelen die de grootst mogelijke meervoudige correlatie geven met het beschouwde criterium.

APPENDIX II. SIGNIFICANTE RELATIES MET HET BEOEFEND SPECIALISME. (*)

1. Leeftijdscategorie.																			
Leeftijd	Diplomajaar	Jaren praktijk	Anesthesisten	Klinische Biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgen-orthopedisten	Dermato-venereologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-, neus-, oorspecialisten/oorartsen	Kinderartsen	Fysiotherapeuten/radioradiumtherapeuten rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Overzenders	Totaal	
< 40	na 1950	< 15	47.5	45.9	29.6	33.2	31.6	41.2	46.0	62.5	24.4	38.5	33.8	32.6	20.0	45.7	38.5	39.0	
40-50	1940-1950	< 15	8.2	9.8	7.1	11.4	5.3	12.7	13.8	9.6	11.8	10.3	8.8	14.7	7.3	4.3	0.0	9.3	
40-50	1940-1950	15-30	34.4	23.0	31.6	29.3	22.8	20.0	18.4	15.4	20.5	29.1	30.9	27.4	25.5	18.5	30.8	23.8	
> 50	1930-1950	15-30	4.9	11.5	15.3	10.9	15.8	13.3	8.0	5.8	19.7	13.7	16.2	11.6	27.3	12.6	0.0	12.9	
> 50	vóór 1940	> 30	4.9	9.8	16.3	15.2	24.6	12.7	13.8	6.7	23.6	8.5	10.3	13.7	20.0	18.9	30.8	15.0	
Absolute aantallen (100%)			61	61	98	184	57	165	87	104	127	117	68	95	55	302	13	1594	

(*) Alle resultaten worden ter verduidelijking in procenten uitgedrukt.

2. Sociale herkomst (socio-professionele laag vader)																
	Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgen-orthopedisten	Dermato-vèrologen/urologen	Internisten/ Gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-,neus-,oorspecialisten/ oogartsen	Kinderartsen	Fysiotherapeuten/radioradium- therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Onbenoemden	Totaal
Academisch geschoold medisch beroep	17.5	12.9	14.3	26.8	10.3	13.8	18.0	19.8	28.5	13.1	20.0	18.9	17.5	12.3	7.1	17.4
Marginaal medisch beroep	6.3	1.6	0.0	2.1	3.4	1.8	2.2	1.9	3.1	1.6	0.0	1.1	8.8	1.9	0.0	2.2
Academisch geschoold niet-medisch hoger beroep	12.7	11.3	14.3	15.5	10.3	15.6	14.6	9.4	10.0	13.1	12.9	13.7	8.8	5.2	7.1	11.4
Academisch geschoold niet-medisch lager beroep	4.8	3.2	3.1	3.6	0.0	3.6	4.5	4.7	0.8	3.3	1.4	3.2	5.3	2.3	0.0	3.0
Hoger leidinggevend beroep	7.9	9.7	9.2	8.2	10.3	11.4	6.7	9.4	11.5	16.4	11.4	9.5	5.3	9.4	14.3	10.0
Lager leidinggevend beroep	9.5	11.3	13.3	7.2	5.2	5.4	6.7	9.5	10.0	10.7	8.6	7.4	12.3	10.4	35.7	9.2
Vrije beroep	9.5	11.3	8.2	7.7	15.5	14.4	15.7	12.3	6.2	11.5	12.9	15.8	15.8	15.2	7.1	12.2
Lagere dienstbetrekking	20.6	22.6	19.4	11.9	25.9	11.4	13.5	15.1	12.3	12.3	19.6	13.7	7.0	17.8	21.4	15.3
Landbouwer, teler, kweker	1.6	1.6	2.0	3.1	5.2	2.4	1.1	1.9	6.2	0.8	0.0	2.1	5.3	11.7	0.0	4.3
Kleine zelfstandigen	9.5	9.7	14.3	10.8	10.3	15.6	12.4	15.1	6.2	14.8	8.6	12.6	8.8	9.4	7.1	11.3
Vrij ingewikkelde technisch geschool- de handarbeid	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.6	1.1	0.0	1.5	0.0	1.4	0.0	3.5	0.6	0.0	0.7
Vrij eenvoudige, niet technisch ge- schoolde handarbeid	0.0	4.8	0.0	1.0	3.4	4.2	3.4	1.9	3.1	0.8	2.9	2.1	1.8	3.2	0.0	2.4
Op rust gesteld	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	1.6	1.4	0.0	0.0	0.6	0.0	0.6
Absolute aantallen (100%)	63	62	98	194	58	167	89	106	130	122	70	95	57	309	14	1634

3. Sociale herkomst (scholingsniveau van vader)		Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgen-orthopedisten	Dermato-venèrologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-, neus-, oorspecialisten/ oogartsen	Kinderartsen	Fysiotherapeuten/radioradion-therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Onbemoeden	Totaal
Vader zelfde scholingsniveau		49.3	38.7	41.2	56.8	34.5	46.1	46.1	45.3	54.3	48.3	46.3	46.3	45.6	31.3	28.6	44.3
Vader lager scholingsniveau		30.1	38.7	34.0	21.3	34.5	21.6	24.7	25.5	27.1	24.2	31.9	23.1	24.6	32.2	57.1	27.8
Vader zelfstandig-niet academisch geschoold		20.6	22.6	24.8	21.9	31.0	32.3	19.2	29.2	18.6	27.2	21.7	30.6	29.8	36.5	14.3	27.9
Absolute aantallen (100%)		63	62	97	192	58	167	89	106	129	120	69	95	57	307	14	1625
4. Sociale herkomst (beroepserfelijkheid)																	
Vader medisch beroep		25.4	16.1	16.3	28.9	15.5	16.8	20.2	22.6	33.8	15.6	20.0	21.1	29.8	16.5	14.3	21.1
Vader niet medisch beroep		74.6	83.9	83.7	71.1	84.5	83.2	79.8	77.4	66.2	84.4	80.0	78.9	70.2	83.5	85.7	78.9
Absolute aantallen (100%)		63	62	97	192	58	167	89	106	129	120	69	95	57	307	14	1625

5. Kwalificering van de medische
opleiding.

	Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgen-orthopedisten	Dermato-venèrologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-, neus-, oorspecialisten/ oogartsen	Kinderspecialisten	Fysiotherapeuten/radiodiagnostische therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Overige	Totaal
Opleiding adequaat-hoogleraar goed	12.7	22.2	16.3	17.3	11.9	14.7	19.1	12.3	24.4	15.6	14.1	6.3	12.1	10.2	33.3	14.8
Opleiding adequaat-kritiek op hoogleraar	19.0	5.5	20.4	13.8	18.6	18.8	20.2	15.1	13.0	9.8	11.3	17.7	15.5	9.2	6.7	14.2
Niet enthousiast over academische opleiding en hoogleraar	49.2	39.7	36.7	50.0	47.5	39.4	40.4	34.9	37.4	40.2	46.5	42.7	43.1	38.9	33.3	41.3
Duidelijke kritiek op opleiding en hoogleraar	19.0	28.6	26.5	18.9	22.0	27.1	20.2	37.7	25.2	34.4	28.2	33.3	29.3	41.7	26.7	29.6
Absolute aantallen (100%)	63	62	97	192	58	167	89	106	129	120	69	95	57	307	14	1625

6. Inhoud van de kritiek op de
opleiding.

	Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgen-orthopedisten	Dermato-venèrologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-, neus-, corspecialisten/ oogartsen	Kinderartsen	Fysiotherapeuten/radioradium- therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Onbemoeden	Totaal
Studie	23.5	33.1	36.4	46.9	15.4	29.3	44.4	46.5	36.1	43.2	43.5	36.7	17.6	19.9	20.0	32.3
Empirie-praxis	29.4	11.1	27.3	18.4	30.8	24.1	11.1	25.6	13.9	22.7	17.4	20.0	5.9	21.2	40.0	20.9
Menselijke contacten	47.1	55.6	36.4	34.7	53.8	46.6	44.4	27.9	50.0	34.1	39.1	43.3	76.5	58.9	40.0	46.8
Absolute aantallen (100%)	17	18	33	49	13	58	18	43	36	44	23	30	17	151	5	555

7. Aard van de medische praxis.

Private praxis	28.6	52.4	77.3	52.8	78.0	66.3	81.8	80.0	91.6	81.7	60.6	45.8	93.1	97.4	46.7	75.1
Verbonden praxis	71.4	47.6	22.7	37.2	22.0	33.7	18.2	20.0	8.4	18.3	39.4	54.2	6.9	2.6	53.3	24.9
Absolute aantallen (100%)	63	63	97	131	59	169	88	105	131	120	71	96	58	311	15	1637

8. Ecologisch milieu van de praktijk.

	Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgien-orthopedisten	Dermato-venerologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-, neus-, oorspecialisten/ oogartsen	Kinderartsen	Fysiotherapeuten/radiologen- therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Onbetoelden	Totaal
Platteland	3.4	6.9	6.4	1.0	0.0	0.0	3.4	9.9	2.3	0.0	1.5	4.3	13.0	37.3	0.0	9.9
Kleine stad (25.000 inwoners)	20.7	10.3	6.4	17.7	3.4	13.9	21.6	7.9	16.3	21.8	13.4	21.3	24.1	24.4	28.6	17.4
Stad	70.7	75.9	79.8	80.7	91.4	86.1	72.7	81.2	79.8	77.3	82.1	71.3	61.1	34.4	64.3	70.0
Stad - platteland	5.2	6.9	7.4	0.5	5.2	0.0	2.3	1.0	1.6	0.8	3.0	3.2	1.9	3.9	7.1	2.7
Absolute aantallen (100%)	58	58	94	192	58	165	88	101	129	119	67	94	54	311	14	1602

9. Sociaal milieu van de praktijk.

Platteland	5.7	5.3	14.6	2.5	0.0	1.2	0.0	8.0	2.4	1.8	0.0	4.4	5.2	31.8	15.4	8.7
Stad - lagere sociale lagen	57.1	65.2	55.1	60.1	64.8	53.2	51.2	47.0	61.5	51.7	73.1	77.8	37.9	44.1	53.8	55.2
Stad - hogere sociale lagen	8.6	21.7	24.7	23.1	27.8	34.2	31.0	32.0	22.3	32.8	16.4	10.0	43.1	12.5	15.4	23.4
Stad - gemengd	28.6	7.8	5.6	14.3	17.4	11.4	17.8	13.0	13.8	14.7	10.5	7.8	13.8	11.6	15.4	12.7
Absolute aantallen (100%)	35	46	89	182	54	158	84	100	130	116	67	90	58	311	13	1528

10. Aantal omgevingsfactoren die de arts
als routine-informatie beschouwt.

	Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgen-orthopedisten	Dermato-venèrologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-, neus-, oorspecialisten:	Kindersen	Fysiotherapeuten/radioradium-therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Onbemoenden	Totaal
1-2 items	11.1	8.9	21.1	20.7	19.6	18.8	22.4	10.6	25.0	10.2	12.1	11.2	16.7	14.5	15.4	16.4
3-5 items	46.0	32.1	38.9	45.2	44.6	38.1	40.0	22.3	46.0	34.7	54.5	46.1	48.1	40.9	38.5	40.9
6-8 items	27.0	42.9	25.3	25.5	19.6	35.0	29.4	34.0	21.0	39.0	28.8	32.6	25.9	32.4	38.5	30.3
9-12 items	15.9	16.1	14.7	8.6	16.2	8.1	8.2	33.1	8.0	16.1	4.6	10.1	9.3	12.2	7.6	12.4

Absolute aantallen (100%)

63	56	95	188	56	160	85	94	124	118	66	89	54	296	13	1557
----	----	----	-----	----	-----	----	----	-----	-----	----	----	----	-----	----	------

11. Het inwinnen van randmedische informatie is de taak van

Sociaal assistent	39.7	36.7	42.7	40.0	39.7	38.7	44.9	51.9	41.5	36.4	38.0	40.0	37.9	38.1	33.3	40.2
Verpleegster	3.2	10.0	8.3	5.6	6.9	13.1	14.6	2.9	4.6	13.2	15.5	8.4	10.3	10.6	6.7	9.2
Medisch secretaresse	4.8	8.3	6.3	7.2	10.3	3.0	4.5	4.8	3.1	3.3	4.2	3.2	0.0	4.2	0.0	4.6
Arts zelf	50.8	43.3	34.4	41.0	39.7	39.3	32.6	31.7	47.7	39.7	36.6	45.3	51.7	42.9	60.0	41.2
Arts + paramedici	1.6	1.7	8.3	6.2	3.4	6.0	3.4	8.7	3.1	7.4	5.6	3.2	0.0	4.2	0.0	4.8

Absolute aantallen (100%)

63	60	96	195	58	168	89	104	130	121	71	95	58	312	15	1635
----	----	----	-----	----	-----	----	-----	-----	-----	----	----	----	-----	----	------

12. Toetstelling van paramedici
in de private praxis

a) verplegend personeel

- geen	72.2	63.6	78.9	60.0	71.7	69.0	72.6	81.2	77.5	80.0	76.7	61.4	75.9	77.8	83.7	74.0
- in vast verband	11.1	33.3	17.1	26.4	23.9	23.0	17.8	11.8	15.8	11.0	14.0	31.8	22.2	7.2	0.0	16.3
- occasioneel	15.7	3.0	3.9	13.6	4.3	8.0	9.6	7.1	6.7	9.0	9.3	6.8	1.9	15.0	14.3	9.7
Absolute aantallen (100%)	18	33	76	125	46	113	73	85	120	100	43	44	54	306	7	1243

b) sociaal verplegend personeel

- geen	88.9	93.9	90.8	83.2	97.8	91.2	87.7	76.5	95.8	91.0	95.3	93.2	90.7	91.5	100.0	90.2
- in vast verband	0.0	6.1	6.6	4.0	0.0	1.8	1.4	10.6	7.5	4.0	0.0	0.0	3.7	2.6	0.0	3.3
- occasioneel	11.1	0.0	2.6	12.8	2.2	7.1	11.0	12.9	1.7	5.0	4.7	6.8	5.6	5.9	0.0	6.5
Absolute aantallen (100%)	18	33	76	125	46	113	73	85	120	100	43	44	54	306	7	1243

Anesthesisten
Klinische biologen
Cardiologen-longartsen
Chirurgen-orthopedisten
Dermato-venèrologen/urologen
Internisten/gastro-enterologen
Gynaecologen
Neuropsychiaters
Keel-, neus-, oorspecialisten/
oogartsen
Kinderartsen
Fysiotherapeuten/radiolordium-
therapeuten/rheumatologen
Röntgenspecialisten
Mondartsen
Huisartsen
Onbemoelden
Total

13. Verwijzen naar paramedici.

a) kinesietherapeut, ergo-therapeut, diëtist, logopedist, enz.

- ja	11.1	9.5	17.3	19.4	27.1	27.1	27.1	17.1	10.1	30.2	35.9	47.5	16.9	5.2	20.7	52.3	0.0	27.3
- neen	88.9	90.5	82.7	80.6	72.9	72.9	72.9	82.9	89.9	69.8	64.1	52.5	83.1	94.8	79.3	47.7	100.0	72.7
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	98	196	59	170	170	89	106	131	122	71	96	58	310	15	1647

b) sociaal verpleegster, sociaal assistent, enz.

- ja	25.4	11.1	28.6	21.4	27.1	27.1	27.1	18.8	25.8	29.2	22.9	31.1	15.5	11.5	12.1	42.1	0.0	25.6
- neen	74.6	88.9	71.4	78.6	72.9	72.9	72.9	81.2	74.2	70.8	77.1	68.9	84.5	88.5	87.9	57.9	100.0	74.4
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	98	196	59	170	170	89	106	131	122	71	96	58	310	15	1647

c) psycholoog, psychologisch assistent, enz.

- ja	12.7	7.9	24.5	17.3	27.1	27.1	27.1	12.9	21.3	30.2	27.5	49.2	8.5	7.3	20.7	39.6	0.0	24.5
- neen	87.3	92.1	75.5	82.7	72.9	72.9	72.9	87.1	78.7	69.8	72.5	50.8	91.5	92.7	79.3	60.4	100.0	75.5
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	98	196	59	170	170	89	106	131	122	71	96	58	310	15	1647

Anesthesisten
Klinische biologen
Cardiologen-longartsen
Chirurgien-orthopedisten
Dermato-venereologen/urologen
Internisten/gastro-enterologen
Gynaecologen
Neuropsychiaters
Keel-, neus-, oorspecialisten/
oogartsen
Kinderartsen
Fysiotherapeuten/radiologisch-
therapeuten/rheumatologen
Röntgenspecialisten
Mondartsen
Huisartsen
Ondervoeders
Totaal

d) familiale helpster.

- ja	7.9	4.8	20.4	12.2	22.0	15.3	27.0	20.8	13.0	19.7	15.9	6.3	8.6	52.9	6.7	22.2
- neen	92.1	95.2	79.6	87.8	78.0	84.7	73.0	79.2	87.0	80.3	83.1	93.7	91.4	47.1	93.3	77.8
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	310	15	1647
c) <u>medico-sociale dienst.</u>																
- ja	15.9	12.7	32.7	20.4	44.1	21.8	27.0	27.4	36.6	39.3	15.9	8.3	17.2	56.0	13.3	30.8
- neen	84.1	87.3	67.3	79.6	55.9	78.2	73.0	72.6	63.4	60.7	83.1	91.7	82.8	44.0	86.7	69.2
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	310	15	1647

Totaal

14. Paramedische tussenkomsten reeds
als gunstig ervaren.

	Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgen-orthopedisten	Dermato-venerologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-, neus-, oorspecialisten/ oogartsen	Kinderartsen	Fysiotherapeuten/radioradium- therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Onbenoemden	Totaal
Geen ervaring	34.9	39.7	19.4	26.0	35.6	25.3	22.5	5.7	48.1	13.9	23.9	49.0	46.6	25.5	33.3	28.0
Ervaring met één van de genoemde	20.6	12.7	15.3	15.3	15.3	15.9	16.9	9.4	18.3	13.9	26.8	16.7	19.0	16.6	13.3	16.2
Ervaring met twee van de genoemde	22.2	9.5	14.3	23.5	18.6	13.5	15.7	14.2	15.3	13.1	18.3	11.5	6.9	20.4	13.3	16.5
Ervaring met drie van de genoemde	11.1	17.5	22.4	14.8	8.5	18.2	18.0	12.3	9.9	23.0	15.5	9.4	12.1	17.5	26.7	15.8
Ervaring met vier van de genoemde	6.3	7.9	18.4	11.2	13.6	12.9	13.5	29.2	0.8	13.9	7.0	4.2	3.4	7.3	6.7	10.6
Ervaring met vijf van de genoemde	4.8	12.7	10.2	9.2	8.5	14.1	13.5	29.2	7.6	22.1	8.5	9.4	12.1	12.7	6.7	12.8
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	314	15	1651

15. Evaluatie van de samenwerking in
een medisch team (hechten vooral
veel belang aan...)

Samenbundeling technische kennis
en samenwerking voor welzijn
patiënt

Enkel samenbundeling van technische
kennis

Enkel samenwerking voor welzijn van
de patiënt

Geen van beide

Absolute aantallen (100%)

Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgen-orthopedisten	Dermato-venèrologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-,neus-,oorspecialisten/ oogartsen	Kindervartsen	Fysiotherapeuten/radiologen- therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Onbemoenden	Totaal
50.8	39.7	49.0	39.8	30.5	48.2	41.6	34.9	35.1	43.4	42.3	40.6	36.3	28.3	40.0	38.8
6.3	12.7	12.2	10.2	15.3	10.6	11.2	6.6	12.2	15.6	5.6	11.5	3.4	8.0	0.0	10.0
15.9	14.3	14.3	11.7	13.6	12.4	12.4	17.0	6.9	9.8	15.5	12.5	10.3	11.5	20.0	12.3
27.0	33.3	24.5	38.3	40.7	28.8	34.8	41.5	45.8	31.1	36.6	35.4	50.0	52.2	40.0	38.9
63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	314	15	1651

16. Evaluatie van de gedeelde verant-
woordelijkheid bij medisch team-
werk.

Belangrijk

Moeilijk te oordelen

Niet belangrijk

Absolute aantallen (100)

Belangrijk	Moeilijk te oordelen	Niet belangrijk	Absolute aantallen (100)
74.6	55.6	71.4	58.7
64.4	64.7	62.9	60.4
66.4	56.3	71.9	60.4
58.6	53.3	62.8	62.8
9.5	14.2	5.1	7.6
5.1	8.2	7.9	8.5
10.7	18.3	9.3	17.2
17.2	17.2	6.7	11.0
25.4	25.4	18.8	22.4
24.2	40.0	26.2	26.2
53	63	98	196
59	170	89	106
131	122	71	96
314	15	1651	1651

17. Voorkeur voor individuele- of
groepspraxis.

Individuele praxis	22.2	14.3	29.9	31.1	54.2	31.2	42.7	41.2	56.2	41.8	31.9	32.3	54.4	67.2	53.3	43.0
Beide	6.3	1.6	6.2	2.1	3.4	6.4	5.6	2.9	2.3	3.3	1.4	2.1	3.5	0.0	0.0	2.9
Groepspraxis	71.5	84.1	63.9	66.8	42.4	62.4	51.7	55.9	41.5	54.9	66.7	65.6	42.1	32.8	46.7	54.1
Absolute aantallen (100%)	63	63	97	193	59	170	89	102	130	122	69	96	57	314	15	1639

18. Specialisatie en psycho-sociale
context :

Evaluatie van de factor

Niet akkoord	17.5	39.7	22.4	16.8	22.0	22.4	23.6	41.5	17.5	24.6	23.9	17.7	10.3	28.7	40.0	24.0
Niet akkoord mits voorbehoud	20.6	20.6	33.8	18.9	15.3	24.7	28.1	26.4	23.7	33.6	18.3	28.1	29.3	28.0	20.0	25.4
Moeilijk te oordelen	39.7	12.7	26.5	27.0	32.2	33.5	24.7	19.8	24.4	25.4	39.5	27.1	24.1	22.0	26.7	26.4
Akkoord	22.2	27.0	17.3	37.3	30.5	19.4	23.6	12.3	34.4	16.4	18.3	27.1	36.3	21.3	13.3	24.2
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	314	15	1651

19. Belangstelling voor de werking
van preventieve instituties.

Maximale belangstelling	57.1	66.7	63.3	51.0	61.0	57.6	70.8	64.2	66.4	59.0	45.1	64.6	72.4	56.1	73.3	59.8
Niet maximale belangstelling	42.9	33.3	36.7	49.0	39.0	42.4	29.2	35.8	33.6	41.0	54.9	35.4	27.6	43.9	26.7	40.2
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	196	131	122	71	96	58	314	15	1651

20. Zelfevaluatie van het preventief element in eigen praktijk.

Score	Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgien-orthopedisten	Dermato-venetologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-, neus-, oorspecialisten/ oogartsen	Kinderartsen	Fysiotherapeuten/radioradion-therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Onbemonden	Totaal
≤ - 1.01	17.5	23.8	35.7	14.3	18.6	29.4	22.5	27.4	27.5	34.4	31.0	25.0	31.0	26.4	53.3	26.2
-1.00 - ≤ 0.00	23.8	25.4	21.4	25.0	28.9	26.5	28.1	23.6	26.7	30.0	21.1	18.8	25.9	22.6	13.3	24.6
0.01 - ≤ 1.00	27.0	28.6	24.5	25.0	27.1	24.7	21.3	28.3	19.8	19.7	16.9	24.0	13.8	25.8	6.7	23.6
1.01 en hoger	31.7	22.2	18.4	35.7	25.4	19.4	28.1	20.7	26.0	15.6	31.0	32.2	29.3	25.2	26.7	25.6
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	314	15	1651

21. "Genezen" is de belangrijkste taak van de arts.

Absoluut akkoord	54.0	66.1	65.3	76.5	86.4	71.0	66.3	62.5	71.8	73.0	67.5	67.7	84.5	66.2	60.0	69.6
Niet absoluut akkoord	46.0	33.9	34.7	23.5	13.6	29.0	33.7	37.5	28.2	27.0	32.4	32.3	15.5	33.8	40.0	30.4
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	314	15	1651

22. Door specialisatie neemt de verantwoordelijkheid over langere termijn van de huisarts af.

	Anesthesisten	Klinische biologen	Cardiologen-longartsen	Chirurgen-orthopedisten	Dermato-vênèrologen/urologen	Internisten/gastro-enterologen	Gynaecologen	Neuropsychiaters	Keel-, neus-, oorspecialisten/oorartsen	Kinderartsen	Fysiotherapeuten/radiatordium-therapeuten/rheumatologen	Röntgenspecialisten	Mondartsen	Huisartsen	Onbemoenden	Totaal
Akkoord	46.1	31.7	48.0	53.6	59.3	52.4	57.3	34.0	58.8	50.0	52.1	47.9	55.2	37.9	33.3	47.8
Moelijk te oordelen	9.5	1.6	7.1	7.6	3.4	5.2	4.5	4.7	6.1	13.9	4.2	3.1	3.4	4.5	6.7	5.9
Niet akkoord	44.4	66.7	44.9	38.8	37.3	42.4	38.2	61.3	35.1	36.1	43.7	49.0	41.4	57.6	60.0	46.3
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	314	15	1651

23. Sociaal-integratieve rolcomponent.

Score																
< - 1.01	23.8	20.6	27.6	27.6	34.0	27.1	34.9	21.7	26.7	30.4	26.8	20.8	32.8	29.6	13.4	27.5
-1.00 - < 0.00	20.6	27.0	23.5	20.8	20.3	27.6	21.3	23.6	21.4	26.2	29.6	36.5	24.1	19.1	20.0	23.6
0.01 - < 1.00	23.8	19.0	22.4	28.6	22.0	22.4	21.3	20.7	22.1	21.3	23.9	12.5	17.2	20.7	33.3	21.9
1.01 en hoger	31.8	33.4	26.5	23.0	23.7	22.9	22.5	34.0	29.8	22.1	19.7	30.2	25.9	30.6	33.3	27.0
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	314	15	1651

24. Informatieve rolcomponent.

Score.	A	X	O	O	D	H	O	K	X	X	L	L	L	O	L
≤ -1.01	15.9	12.7	11.2	18.9	23.7	25.9	16.9	23.6	19.8	21.3	36.7	33.4	20.7	28.3	22.9
$-1.00 - \leq 0.00$	28.6	27.0	20.4	27.0	22.0	22.4	30.3	25.5	27.5	25.4	22.5	26.0	13.7	26.4	25.1
$0.01 - \leq 1.00$	33.3	23.8	35.7	32.1	30.6	33.5	25.8	23.6	25.2	30.3	19.7	22.9	32.8	25.2	28.3
1.01 en hoger	22.2	36.5	32.7	21.9	23.7	18.2	27.0	27.3	27.5	23.0	21.1	17.7	32.8	20.1	23.7
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	196	131	122	71	96	58	314	1651

25. Sociaal-opvoedende rol-
component.

Score.	Score.															
≤ -1.01	28.6	30.2	24.5	16.8	16.9	21.2	21.3	34.9	17.5	25.4	18.2	17.7	22.4	20.7	40.0	22.0
$-1.00 - \leq 0.00$	31.7	22.2	28.6	23.5	30.5	27.6	28.1	32.1	26.0	27.0	26.8	33.3	43.1	25.5	26.7	28.0
$0.01 - \leq 1.00$	22.2	31.7	26.5	33.2	20.3	30.0	29.3	17.0	30.5	28.6	25.4	21.9	15.5	24.2	20.0	26.3
1.01 en hoger	17.5	15.9	19.4	26.5	32.3	21.2	21.3	16.0	26.0	18.0	29.6	27.1	19.0	29.6	13.3	23.7
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	196	131	122	71	96	58	314	15	1651

26. Psycho-therapeutische,
"magische", rolcomponent.

Score.

≤ - 1.01	25.4	20.6	26.5	25.5	30.6	26.5	18.0	33.0	17.6	26.2	11.2	25.0	17.2	22.9	20.0	23.7
-1.00 - ≤ 0.00	28.6	28.6	18.4	23.5	18.6	27.1	23.6	17.9	31.3	26.2	35.2	29.2	29.3	24.2	46.7	25.6
0.01 - ≤ 1.00	25.4	28.6	30.6	27.0	28.8	23.5	29.2	32.1	32.1	28.7	26.8	24.0	17.2	27.1	20.0	27.3
1.01 en hoger	20.6	22.2	24.5	24.0	22.0	22.9	29.2	17.0	19.0	18.9	26.8	21.8	36.3	25.8	13.3	23.4
Absolute aantallen (100%)	63	63	98	196	59	170	89	106	131	122	71	96	58	314	15	1651

Anesthesisten
Klinische biologen
Cardiologen-longartsen
Chirurgen-orthopedisten
Dermato-venérologen/urologen
Internisten/gastro-enterologen
Gynaecologen
Neuropsychiaters
Keel-, neus-, oorspecialisten/
oogartsen
Kinderartsen
Fysiotherapeuten/radiologen-
therapeuten/rheumatologen
Röntgenspecialisten
Mondartsen
Huisartsen
Onbenoemden
Totaal

APPENDIX III. FREQUENTIETABELLEN - Significante resultaten. (*)

Tabel 1.

Evaluatie van medisch teamwerk en
aard van de praxis

Hechten vooral belang aan :	Aard van de praxis		Totaal
	private praxis	verbonden praxis	
zowel de samenbundeling van de technische kennis als het samenwerken voor het welzijn van de patiënt	35.3	49.4	38.8
enkel de samenbundeling van de technische kennis	9.6	11.8	10.1
enkel het samenwerken voor het welzijn van de patiënt	12.7	11.0	12.3
geen van beide	42.4	27.7	38.7
Absolute aantallen (100%)	1232	408	1640

χ^2 : 35.14; df. 3 P : <.0001

γ : -0.265

Tabel 2.

Sociaal milieu van de praktijk en
voorkeurshouding inzake aard van
de praxis

Sociaal milieu van de praktijk	Voorkeur voor			Absolute aantallen (100%)
	individuele praxis	beide	groeps- praxis	
platteland	67.7	-	32.3	133
stad:lagere sociale lagen	39.3	3.3	57.4	640
stad:hogere sociale lagen	51.0	2.8	46.2	353
stad:gemengd	42.3	4.1	53.6	194
Totaal	44.9	3.0	52.1	1520

χ^2 : 46.52; df. 6 P : <.0001

γ : 0.02

(*) Alle resultaten worden ter verduidelijking in procenten uitgedrukt.

Oordeel over de factor "specialisatie en sociaal-psychologische context in de praxis" naar leeftijdscategorie

Tabel 2.

Leeftijdscategorie.			Oordeel				
Leeftijd	Diplomajaar	Jaren praktijk	Niet akkoord	Akkoord mits voorbehoud	Moeilijk te oordelen	Volledig akkoord	Absolute aantallen (100%)
<40	na 1950	<15	29.3	28.1	25.4	17.2	622
40-50	1940-1950	<15	22.8	28.9	33.6	14.8	149
40-50	1940-1950	15-30	23.7	23.9	26.6	25.8	380
>50	1930-1950	15-30	22.4	19.5	25.4	32.7	205
>50	vóór 1940	>30	13.3	23.3	25.4	37.9	240
Absolute aantallen (100%)			24.1	25.4	26.4	24.1	1596

χ^2 : 71.51; df. 12

P : <0.0001

Y : 0.203 d : 0.153

Tabel 4.

Belangstelling voor geïnstitutionaliseerde preventie naar leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie.		Belangstelling			Absolute aantallen (100%)
Leeftijd	Diplomajaar	Jaren praktijk	maximale belangstelling	niet maximale belangstelling	
<40	na 1950	<15	58.7	41.3	622
40-50	1940-1950	<15	56.4	43.6	149
40-50	1940-1950	15-30	55.5	44.5	380
>50	1930-1950	15-30	61.5	38.5	205
>50	vóór 1940	>30	68.8	31.3	240
Totaal			59.6	40.4	1596

χ^2 : 12.12; df. 4

Y : -0.076

P : <.025

d : -0.056

Tabel 5.

Zelfevaluatie op preventief gebied in eigen praxis en ecologisch milieu van de praktijk

Ecologisch milieu	Zelfevaluatie : score				Absolute aantallen (100%)
	≤-1.01	-1.00-≤0.00	0.01-≤1.00	1.01	
platteland	19.5	20.1	24.5	35.8	159
kleine stad	25.1	30.8	21.5	22.6	279
stad	27.2	23.7	24.3	24.8	1123
stad+platteland	39.5	23.2	11.6	25.6	43
totaal	26.4	24.6	23.5	25.6	1604

χ^2 : 23.44; df. 9

P : <.006

γ : 0.07

Tabel 6.

Zelfevaluatie op preventief vlak en evaluatie van de factor "specialisatie en sociaal-psychologische context in de praxis

evaluatie van de factor : "Specialisatie en sociaal-psychologische context in de praxis".	Zelfevaluatie : score				Absolute aantallen (100%)
	≤-1.01	-1.00-≤0.00	0.01-≤1.00	1.01	
niet akkoord	39.4	27.3	23.2	10.1	396
akkoord mits voorbehoud	29.0	29.0	25.5	16.4	420
moeilijk te oordelen	24.3	22.7	21.8	31.2	436
volledig akkoord	12.2	19.2	24.1	44.5	402
totaal	26.2	24.5	23.6	25.6	1654

χ^2 : 182.09; df. 9

P : <.0001

γ : -0.34

Tabel 7.

Belang gehecht aan het curatief element in de praxis en de leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie.			"Genezen" is de belangrijkste taak van de arts		
			Absoluut akkoord	Niet absoluut akkoord	Absolute aantallen (100%)
Leeftijd	Diploma-jaar	Jaren praktijk			
<40	na 1950	<15	60.6	39.4	620
40-50	1940-1950	<15	58.4	41.6	149
40-50	1940-1950	15-30	74.9	25.1	379
>50	1930-1950	15-30	80.0	20.0	205
>50	vóór 1940	>30	82.0	18.0	239
totaal			69.5	30.5	1592

χ^2 : 65.23; df. 4 γ : -0.310 d : -0.130 P : <.0001

Tabel 8.

Belang gehecht aan het curatief element in de praxis en evaluatie van het medisch team

Waarderen :	"Genezen" is de belangrijkste taak van de arts		
	absoluut akkoord	niet absoluut akkoord	Absolute aantallen (100%)
zowel de samenbundeling van de technische kennis als het samenwerken voor het welzijn van de patiënt	77.3	22.7	639
enkel de samenbundeling van de technische kennis	69.1	30.9	165
enkel het samenwerken voor het welzijn van de patiënt	70.4	29.6	203
geen van beide	61.9	38.1	643
totaal	69.6	30.4	1650

χ^2 : 36.09; df. 3

P : <.0001

y : 0.253

Tabel 9.

Evaluatie van het curatief element in de praxis en evaluatie van de factor "specialisatie en sociaal-psychologische context in de praxis"

Evaluatie van de factor "specialisatie en sociaal-psychologische context in de praxis"	"Genezen" is de belangrijkste taak van de arts		
	absoluut akkoord	niet absoluut akkoord	Absolute aantallen (100%)
niet akkoord	61.7	38.3	394
akkoord mits voorbehoud	67.3	32.7	419
moeilijk te oordelen	71.5	28.5	435
volledig akkoord	77.9	22.1	402
Totaal	69.6	30.4	1650

χ^2 : 26.46; df. 3

P : .0001

y : -0.204

Tabel 10.

Oordeel over de uitspraak :

"Door het toenemend aantal specialisten neemt de verantwoordelijkheid van de huisarts over een langere termijn af".

Leeftijdscategorie.			Oordeel			Absolute aantallen (100%)
Leeftijd	Diplomajaar	Jaren praktijk	Akkoord	Moeilijk te oordelen	Niet akkoord	
<40	na 1950	<15	37.3	7.9	54.8	622
40-50	1940-1950	<15	40.3	4.7	55.0	149
40-50	1940-1950	15-30	50.0	5.5	44.5	380
>50	1930-1950	15-30	58.5	3.9	37.6	205
>50	vóór 1940	>30	67.5	4.6	27.9	240
Totaal			47.9	6.0	46.1	1596

χ^2 : 80.89; df. 8

P : <.0001

γ : -0.285

d : -0.213

Tabel 11.

Oordeel over de uitspraak :

"Door het toenemend aantal specialisten neemt de verantwoordelijkheid van de huisarts over een langere termijn af" en evaluatie van de factor: "specialisatie en sociaal-psychologische context in de praxis.

Evaluatie van de factor : specialisatie en sociaal-psychologische context in de praxis.	Oordeel			Absolute aantallen (100%)
	akkoord	moeilijk te oordelen	niet akkoord	
niet akkoord	-	5.1	94.9	396
akkoord, mits voorbehoud	43.8	4.8	51.4	420
moeilijk te oordelen	59.9	7.3	32.8	436
volledig akkoord	86.3	6.2	7.5	402
Totaal	47.9	5.9	46.2	1654

χ^2 : 684.49; df. 6

P : <.0001

γ : -0.782

Tabel 12.

Oordeel over de uitspraak :

"Door het toenemend aantal specialisten neemt de verantwoordelijkheid van de huisarts over een langere termijn af en zelfevaluatie in de eigen praxis op preventief vlak".

Door het toenemend aantal specialis- neemt de verantwoor- delijkheid van de huisarts over een langere termijn af	een langere termijn af en zelfevaluatie in de eigen praxis op preventief vlak".					
	Zelfevaluatie				Totaal	
	Score					
	<-1.01	-1.00- <0.00	0.01- ≤1.00	1.01 en hoger		
akkoord	41.1	47.5	43.5	59.2	47.1	
moeilijk te oordelen	3.7	7.4	5.6	6.8	5.9	
niet akkoord	55.2	45.1	50.9	34.3	46.2	
absolute aantallen (100%)	433	406	391	424	1654	

χ^2 : 46.17; df. 6

P : <.0001

γ : 0.176

d : 0.13

Tabel 13.

Belang gehecht aan het curatief element in de praxis en verantwoordelijkheid van de huisarts.

Verantwoordelijk- heid van de arts	"Genezen is de belangrijkste taak van de arts"		Totaal
	absoluut akkoord	niet absoluut akkoord	
akkoord	52.3	37.9	47.9
moeilijke te oordelen	5.3	7.2	5.9
niet akkoord	42.3	54.9	46.2
absolute aantallen (100%)	1149	501	1650

χ^2 : 28.96; df. 2

P : <.0001

γ : 0.252

Tabel 14. Sociaal integratieve rolcomponent en leeftijdscategorie.

Leeftijdscategorie. Leeftijd Diploma- jaar praktijk	Score op de component				Absolute aantallen (100%)
	≤ -1.01	-1.00 - ≤ 0.00	0.01 - ≤ 1.00	1.01 en meer	
< 40 na 1950 < 15.	28.3	25.9	21.2	24.6	622
40-50 1940-1950 < 15	30.2	34.9	16.1	18.8	149
40-50 1940-1950 15-30	28.9	19.7	21.8	29.5	380
> 50 1930-1950 15-30	23.4	22.4	24.9	29.3	205
> 50 vóór 1940 > 30	24.2	17.5	25.0	33.3	240
Totaal	27.4	23.6	21.9	27.1	1596

χ^2 : 32.91; df. 12

P : .001

Y : -0.09

d : -0.07

Sociaal-integratieve rolcomponent
en evaluatie van de opleiding.

Tabel 15.

Evaluatie van de medische opleiding.	Score op de component.				Absolute aantallen (100%)
	≤-1.01	-1.00 - ≤0.00	0.01 - ≤1.00	1.01 en hoger	
opleiding adequaat en hoogleraar goed	20.7	21.1	27.6	30.6	246
opleiding adequaat en kritiek op de hoogleraar	23.4	23.4	25.9	27.3	235
niet enthousiast over opleiding en hoogleraar	29.2	25.3	18.7	26.8	684
duidelijke kritiek op opleiding en hoogleraar	30.3	22.7	21.3	25.7	489
Totaal	27.4	23.6	21.8	27.2	1654

χ^2 : 19.44; df. 9

P : .025

γ : 0.08

Tabel 16.

Sociaal-integratieve rolcomponent en waardering
van het medisch team-werk.

Evaluatie medisch team-werk.	Score op de component.				Absolute aantallen (100%)
	≤-1.01	-1.00 - ≤0.00	0.01 - ≤1.00	1.01 en hoger	
technische kennis+ welzijn van de pa- tiënt	24.5	19.3	24.2	32.0	641
enkel technische kennis	28.9	22.9	22.9	25.3	166
enkel welzijn patiënt	27.1	27.1	18.2	27.6	203
geen van beide	30.1	27.0	20.3	22.5	644
Totaal	27.4	23.6	21.8	27.1	1654

χ^2 : 27.46; df. 9

P : .004

γ : 0.13

Tabel 17. Informatieve polcomponent en leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie.		Score				Absolute aantallen (100%)
Leeftijd	Diplomajaar	Jaren praktijk	≤ - 1.01	-1.00 - ≤ 0.00	0.01 - ≤ 1.00	1.01 en hoger
<40	na 1950	<15	27.2	27.0	25.7	19.1
40 - 50	1940-1950	<15	24.2	25.5	25.2	24.2
40 - 50	1940-1950	15 - 30	21.1	23.7	30.8	24.5
>50	1930 - 1950	15 - 30	20.0	23.9	29.3	26.8
>50	vóór 1940	>30	15.4	24.6	28.8	31.3
Totaal			22.7	25.3	28.3	23.7
						1596

χ^2 : 27.57; df. 12

γ : -0.140

d : -0.10

P : .004

Tabel 18.

Informatieve rolcomponent en evaluatie van de medische opleiding.

Evaluatie medische opleiding	Score op de component				Absolute aantallen (100%)
	≤ -1.01	-1.00 - ≤ 0.00	0.01 - ≤ 1.00	1.01 en hoger	
opleiding adequaat en hoogleraar goed	14.2	23.2	31.3	31.3	246
opleiding adequaat en kritiek op hoogleraar	21.7	23.4	34.0	20.9	235
niet enthousiast over academische opleiding en hoogleraar	24.3	27.3	27.0	21.3	684
duidelijke kritiek op opleiding en hoogleraar	25.6	23.5	26.0	24.9	489
Totaal	22.8	25.0	28.4	23.8	1654

χ^2 : 26.33; df. 9

P : .002

γ : 0.078

Tabel 19.

Informatieve rolcomponent en ecologisch milieu van de praktijk.

Ecologisch milieu van de praktijk	Score op de component				Absolute aantallen (100%)
	≤ -1.01	-1.00 - ≤ 0.00	0.01 - ≤ 1.00	1.01 en hoger	
platteland	30.8	30.2	24.5	14.5	159
kleine stad	25.8	24.7	26.2	23.3	279
stad	21.0	24.0	29.7	25.3	1123
stad/platteland	20.9	32.6	30.2	16.3	43
Totaal	22.8	24.9	28.6	23.6	1604

χ^2 : 20.43; df. 9

P : .01

γ : -0.121

Tabel 20.

Informatieve rolcomponent en sociaal milieu van de praktijk.

Sociaal milieu van de praktijk	Score op de component				Absolute aantallen (100%)
	≤ -1.01	-1.00 - ≤ 0.00	0.01 - ≤ 1.00	1.01 en hoger	
platteland	33.6	31.3	22.4	12.7	134
stad : lagere sociale lagen	22.8	25.6	27.3	24.3	845
stad : hogere sociale lagen	24.0	22.9	28.8	24.3	358
stad : gemengd	16.5	23.7	33.5	26.3	194
Totaal	23.3	25.2	28.0	23.5	1531

χ^2 : 24.50; df. 9

P : .004

γ : -0.110

Tabel 21.

Informatieve rolcomponent en evaluatie van de gedeelde verantwoordelijkheid bij medisch team-werk.

Evaluatie van de gedeelde verantwoordelijkheid bij medisch team-werk	Score op de component				Absolute aantallen (100%)
	≤ -1.01	-1.00 - ≤ 0.00	0.01 - < 1.00	1.01 en hoger	
belangrijk	19.8	24.8	30.9	25.0	1038
moeilijk te beoordelen	28.7	27.1	25.4	18.8	181
niet belangrijk	28.7	24.8	23.4	23.0	435
Totaal	22.8	25.0	28.4	23.8	1654

χ^2 : 24.91; df. 6

P : .0005

γ : 0.134

Tabel 22.

Informatieve rolcomponent en evaluatie van het medisch team.

Medisch teamwerk Hechten vooral belang aan:	Score op de component				Absolute aantallen (100%)
	<-1.01	-1.00 - <0.00	0.01 - <1.00	1.01 en hoger	
zowel de samenbundeling van de technische kennis als het samenwerken voor het welzijn van de patiënt	19.2	21.8	29.0	30.0	641
enkel de samenbundeling van de technische kennis	21.1	24.1	31.3	23.5	166
enkel het samenwerken voor het welzijn van de patiënt	24.1	25.1	29.6	21.2	203
geen van beide	26.4	28.4	26.6	18.6	644
Totaal	22.8	25.0	28.4	23.8	1654

χ^2 : 32.76; df. 9

P : .0002

γ : 0.160

Tabel 23.

Informatieve rolcomponent en voorkeurs-
houding inzake aard van de praxis.

Voorkeur voor	Score op de component				Absolute aantallen (100%)
	<-1.01	-1.00 - <0.00	0.01 - <1.00	1.01 en	
individuele praxis	19.6	28.1	25.1	27.1	704
beide	18.8	25.0	35.4	20.8	48
groepspraxis	24.3	28.0	26.6	21.1	890
Totaal	22.1	28.0	26.2	23.7	1642

χ^2 : 12.36; df. 6

P : .061

γ : 0.098

Tabel 24.

Sociaal-opvoedende rolcomponent en evaluatie van het medisch team-werk.

Medisch teamwerk Hechten vooral belang aan :	Score op de component				Absolute aantallen (100%)
	≤ -1.01	-1.00 - ≤ 0.00	0.01 - ≤ 1.00	1.01 en hoger	
zowel de samenbunde- ling van de techni- sche kennis als het samenwerken voor het welzijn van de patiënt	20.1	24.3	29.5	26.1	641
enkel de samenbunde- ling van de technische kennis	27.7	25.3	27.7	19.3	166
enkel het samenwer- ken voor het welzijn van de patiënt	23.6	36.5	19.7	20.2	203
geen van beide	22.2	29.3	24.8	23.6	644
Totaal	22.1	27.9	26.3	23.7	1654

χ^2 : 23.24; df. 9

P : .006

γ : 0.057

Tabel 25.

Sociaal-opvoedende rolcomponent en ervaring met paramedische tussenkomsten.

Paramedische tussen- komst reeds als gun- stig ervaren	Score op de component				Absolute aantallen (100%)
	< -1.01	-1.00 - ≤ 0.00	0.01 - < 1.00	1.01 en hoger	
geen ervaring	18.6	25.1	27.4	28.9	463
ervaring met één van de genoemde	17.8	28.3	29.4	24.5	269
ervaring met twee van de genoemde	25.2	27.7	24.5	22.6	274
ervaring met drie van de genoemde	24.4	30.2	22.9	22.5	262
ervaring met vier van de genoemde	28.0	27.4	28.0	16.6	175
ervaring met vijf van de genoemde	23.7	31.3	25.1	19.9	211
Totaal	22.1	27.9	26.3	23.7	1654

χ^2 : 26.10; df. 15

P : .038

γ : 0.108

d : 0.08

Tabel 26. Psycho-therapeutische/"magische" rolcomponent en leeftijdscategorie.

Leeftijdscategorie.		Score op de component				Absolute aantallen (100%)
Leeftijd	Diplomajaar	Jaren praktijk	≤ -0.01	-1.00 - ≤ 0.00	0.01 - ≤ 1.00	1.01 en hoger
<40	na 1950	<15	28.1	24.1	27.2	20.6
40 - 50	1940-1950	<15	27.5	31.5	21.5	19.5
40 - 50	1940-1950	15 - 30	20.5	27.6	29.2	22.6
>50	1930-1950	15 - 30	21.0	22.4	29.3	27.3
>50	vóór 1940	>30	14.6	25.4	29.2	30.8
Totaal			23.3	25.6	27.7	23.4
						1596

χ^2 : 33.98; df. 12

P : .0006

Y : -0.130

d : -0.10

APPENDIX IV.

Geroteerde factormatrix - varimax - op 46 items.
(decimaalteken weggelaten)

Var.	factor I	factor II	factor III	factor IV	factor V	h^2 (communaliteiten)
132	45	07	-04	01	02	21
133	-47	-26	31	06	-05	39
137	-34	-21	-10	14	-11	20
162	-63	05	04	-11	26	48
165	68	-05	05	-03	-03	47
166	-74	01	01	-03	-02	54
173	-49	-20	07	24	10	35
240	-55	04	01	-17	-03	34
241	-36	02	08	-08	-02	14
154	36	15	07	-39	07	31
126	17	03	19	33	16	20
143	-07	12	-02	55	14	33
144	31	21	-03	44	-02	33
151	-01	18	18	60	-06	43
152	07	05	13	45	11	24
161	-02	- 0	-07	32	-18	14
163	13	0	11	56	01	34
150	-05	0	05	49	-32	35
153	-09	05	28	36	36	35
124	-16	-20	-29	-16	46	39
155	-16	-11	-15	07	-53	34
156	05	-11	-04	20	-38	20
157	05	0	-18	-09	-44	23
158	02	-07	-04	-11	-41	19
123	06	-23	-40	06	51	47
122	-14	-17	54	12	-06	36
125	-03	-11	39	07	16	20
128	-14	14	50	-04	-14	31
129	-15	-05	56	17	0	37

Var.	factor I	factor II	factor III	factor IV	factor V	h^2 (communaliteiten)
135	18	02	53	12	-02	33
136	-03	04	47	0	17	24
145	0	42	46	-10	18	43
147	04	44	44	-02	09	40
111	11	39	02	-15	-18	22
127	01	-36	25	-14	07	22
139	-28	-38	-06	06	-27	30
140	-30	-36	09	-24	-12	30
141	-06	-61	08	-14	11	41
142	-09	55	03	-08	-15	34
146	-09	45	23	14	10	29
148	06	45	30	21	08	35
159	-07	-54	06	-15	-23	38
160	-12	-47	09	-06	-24	30
134	-28	-27	-11	25	-06	22
164	-19	01	10	19	-20	12
214	17	16	-07	09	-01	07
% van verklaarde variantie	7.46	6.70	6.09	5.91	4.61	30.77%
% van tot. variantie	24.22	21.75	12.77	19.21	14.97	99.99%

APP.V.1. STAPSGEWIJZE MEERVOUDIGE REGRESSIE
(verklaarde variantie)

Te verklaren variabele.

1. Veel/weinig randmedische informatie als routine

Verklarende variabele	Mult.corr. coëff.	Percentage verkl.variantie
Specialisme	0.175	3.1
Ecol.milieu	0.181	(0.2)
Leeftijd	0.184	(0.1)
Praxisvorm	0.186	(0.1)
		<hr/>
		3.5

2. Voorkeur voor individuele of groepspraxis

Verklarende variabele	Mult.corr. coëff.	Percentage verkl.variantie
Praxisvorm	0.300	9.0
Specialisme	0.358	3.8
Leeftijd	0.361	(0.2)
Beroepserf.	0.362	(0.1)
Ecol.milieu	0.363	(0.1)
		<hr/>
		13.2

3. Verantwoordelijkheid van de huisarts blijft of gaat tanen door toenemende specialisatie

Verklarende variabele	Mult.corr. coëff.	Percentage verkl.variantie
Specialisme	0.159	2.5
Leeftijd	0.205	1.7
		<hr/>
		4.2

4. Bijzonderste taak van de arts is helpen/genezen

Verklarende variabele	Mult.corr. coëff.	Percentage verkl.variantie
Leeftijd	0.159	2.5
Specialisme	0.196	1.3
Beroepserf.	0.199	(0.1)
		<hr/>
		3.9

5. Zeer duidelijke/niet zeer
duidelijke of geen zelf-
evaluatie in informatieve
rolcomponent

Verklarende variabele	Mult.corr. coëff.	Percentage verkl.variantie
Specialisme	0.150	2.3
Leeftijd	0.187	1.2
Praxisvorm	0.197	0.4
Ecol.milieu	0.206	0.3
		<hr/> 4.2

6. Opleiding was maximaal/
niet maximaal adequaat

Verklarende variabele	Mult.corr. coëff.	Percentage verkl.variantie
Leeftijd	0.220	4.9
Specialisme	0.256	1.7
Beroepserf.	0.261	(0.3)
Ecol.milieu	0.263	(0.1)
		<hr/> 7.0

7. Geen/wel gunstige ervaring
met paramedici

Verklarende variabele	Mult.corr. coëff.	Percentage verkl.variantie
Specialisme	0.253	6.4
Beroepserf.	0.258	(0.2)
Praxisvorm	0.259	(0.1)
		<hr/> 6.7

8. In academische opleiding
alg. geneeskunde accentueren
of specialisatie. In praxis
zelf psycho-soc. context
betrekken of niet belangrijk/
geen tijd

Verklarende variabele	Mult.corr. coëff.	Percentage verkl.variantie
Specialisme	0.188	3.5
Leeftijd	0.222	1.4
Beroepserf.	0.226	(0.2)
Praxisvorm	0.227	(0.1)
		<hr/> 5.2

APPENDIX V.2

De standaardscores in de hiernavolgende tabellen werden berekend op de leeftijdsklassen per specialisme en op het totaal per specialisme.

APPENDIX V.2.1.

Gemiddelde score door de onderscheiden specialisten behaald op de statement dat in de praxis VEEL randmedische als routineaangelegenheid moet worden gezien.

Specialisme	Gemiddelde score	Rang
Neuropsychiaters	+ 2.277	1
Kinderartsen	+ 1.584	2
Klinische biologen	+ 0.891	3
Huisartsen	+ 0.198	4
Internisten+gastro-enterologen	+ 0.099	5
Röntgenspecialisten	- 0.099	6
Cardiologen+longartsen	- 0.198	7
Anesthesisten	- 0.396	8
Gynaecologen	- 0.495	9
Chirurgen+orthopedisten	- 0.693	10
Mondartsen	- 0.693	11
Dermatoven.+urologen	- 0.792	12
Fysiother.+rtrth.+reumatologen	- 0.990	13
Keel-, neus-, oorspec.+ oogartsen	- 1.584	14

APPENDIX V.2.2. Gemiddelde score door de onderscheiden specialisten, ingedeeld naar leeftijdscategorie, behaald op de statement : Ondanks het toenemend aantal specialisten, blijft de verantwoordelijkheid van de huisarts over een langere termijn bestaan.

Specialisme	Leeftijd	Gemiddelde score	Rang
Mondartsen	(J)	+ 2.763	1
Klinische biologen	(J)	+ 1.513	2
Huisartsen	(J)	+ 1.447	3
Neuropsychiaters	(J)	+ 1.052	4
Klinische biologen	(O)	+ 0.986	5
Röntgenspecialisten	(J)	+ 0.657	6
Neuropsychiaters	(O)	+ 0.592	7
Keel-neus-oor, oog.	(J)	+ 0.460	8
Anesthesisten	(O)	+ 0.328	9
Cardiol., longartsen	(O)	+ 0.197	10
Huisartsen	(O)	+ 0.131	11
Röntgenspecialisten	(O)	+ 0.131	12
Fys., rrth., reumat.	(J)	0.000	13
Dermatoven., urolog.	(J)	- 0.065	14
Intern., gastro-ent.	(J)	- 0.131	15
Cardiol., longartsen	(J)	- 1.131	16
Chirurg., orthoped.	(J)	- 0.263	17
Kinderartsen	(J)	- 0.263	18
Gynaecologen	(J)	- 0.263	19
Intern., gastro-ent.	(O)	- 0.328	20
Chirurg., orthoped.	(O)	- 0.394	21
Fys., rrth., reumat.	(O)	- 0.460	22
Mondartsen	(O)	- 0.657	23
Dermatoven., urolog.	(O)	- 0.657	24
Kinderartsen	(O)	- 0.789	25
Gynaecologen	(O)	- 0.921	26
Keel-neus-oor, oog.	(O)	- 1.052	27
Anesthesisten	(J)	- 2.960	28

APPENDIX V.2.3. Gemiddelde score behaald door de onderscheiden specialisten, ingedeeld naar leeftijdscategorie op de statement : Helpen is de belangrijkste opdracht van de arts.

Specialisme	Leeftijd	Gemiddelde score	Rang
Anesthesisten	(J)	+ 3.926	1
Kinderartsen	(J)	+ 1.472	2
Huisartsen	(J)	+ 0.736	3
Neuropsychiaters	(J)	+ 0.674	4
Klin.biologen	(O)	+ 0.490	5
Mondartsen	(J)	+ 0.368	6
Intern.,gastro-ent.	(J)	+ 0.245	7
Gynaecologen	(J)	+ 0.245	8
Gynaecologen	(O)	+ 0.245	9
Fys.,rrth.,reumat.	(J)	+ 0.184	10
Cardiol.,longartsen	(O)	+ 0.122	11
Röntgenspecialisten	(J)	+ 0.122	12
Anesthesisten	(O)	0.000	13
Klin.biologen	(J)	0.000	14
Keel-neus-oor,oog.	(J)	- 0.061	15
Chirurg.,orthoped.	(J)	- 0.184	16
Keel-neus-oor,oog.	(O)	- 0.184	17
Röntgenspecialisten	(O)	- 0.245	18
Cardiol.,longartsen	(J)	- 0.368	19
Huisartsen	(O)	- 0.368	20
Fys.,rrth.,reumat.	(O)	- 0.490	21
Intern.,gastro-ent.	(O)	- 0.674	22
Neuropsychiaters	(O)	- 0.674	23
Chirurg.,orthoped.	(O)	- 0.981	24
Dermatoven.,urolog.	(O)	- 1.042	25
Dermatoven.,urolog.	(J)	- 1.165	26
Mondartsen	(O)	- 1.349	27
Kinderartsen	(O)	- 1.411	28

APPENDIX V.2.4. Gemiddelde score behaald door de onderscheiden specialisten, ingedeeld naar leeftijdscategorie op de zelfevaluatie in de informatieve rolcomponent.

Specialisme	Leeftijd	Gemiddelde score	Rang
Cardiol., longartsen	(0)	+ 1.456	1
Klin.biologen	(J)	+ 1.359	2
Neuropsychiaters	(0)	+ 1.165	3
Kinderartsen	(0)	+ 1.165	4
Klin.biologen	(0)	+ 1.067	5
Mondartsen	(J)	+ 0.970	6
Gynaecologen	(J)	+ 0.776	7
Cardiol., longartsen	(J)	+ 0.582	8
Gynaecologen	(0)	+ 0.582	9
Keel-neus-oor, oog.	(J)	+ 0.582	10
Anesthesisten	(0)	+ 0.485	11
Chirurg., orthoped.	(0)	+ 0.485	12
Dermatoven., urolog.	(J)	+ 0.388	13
Intern., gastro-ent.	(0)	+ 0.291	14
Chirurg., orthoped.	(J)	+ 0.194	15
Mondartsen	(0)	0.000	16
Dermatoven., urolog.	(0)	- 0.097	17
Huisartsen	(0)	- 0.097	18
Keel-neus-oor, oog	(0)	- 0.194	19
Fys., rrth., reumat.	(J)	- 0.194	20
Röntgenspecialisten	(0)	- 0.873	21
Neuropsychiaters	(J)	- 1.067	22
Kinderartsen	(J)	- 1.067	23
Röntgenspecialisten	(J)	- 1.067	24
Huisartsen	(J)	- 1.067	25
Intern., gastro-ent.	(J)	- 1.262	26
Fys., rrth., reumat.	(0)	- 1.456	27
Anesthesisten	(J)	- 2.815	28

APPENDIX V.2.5. Gemiddelde score behaald door de onderscheiden specialisten, ingedeeld naar leeftijdscategorie, op de evaluatie van de genoten academische opleiding. - De opleiding is NIET adequaat.

Specialisme	Leeftijd	Gemiddelde score	Rang
Anesthesisten	(J)	+ 1.911	1
Klin.biologen	(J)	+ 1.544	2
Kinderartsen	(J)	+ 1.544	3
Fys., rrth., reumat.	(J)	+ 1.176	4
Röntgenspecialisten	(J)	+ 1.176	5
Mondartsen	(J)	+ 1.029	6
Huisartsen	(J)	+ 0.955	7
Neuropsychiaters	(J)	+ 0.735	8
Chirurg., orthoped.	(J)	+ 0.514	9
Dermatoven., urologen	(J)	+ 0.514	10
Intern., gastro-ent.	(J)	+ 0.367	11
Keel-neus-oor, oog	(J)	+ 0.367	12
Huisartsen	(O)	+ 0.147	13
Gynaecologen	(J)	0.000	14
Cardiol., longartsen	(J)	0.000	15
Fys., rrth., reumat.	(O)	- 0.073	16
Mondartsen	(O)	- 0.073	17
Röntgenspecialisten	(O)	- 0.294	18
Anesthesisten	(O)	- 0.441	19
Dermatoven., urologen	(O)	- 0.661	20
Chirurg., orthoped.	(O)	- 0.661	21
Kinderartsen	(O)	- 0.735	22
Cardiol., longartsen	(O)	- 1.176	23
Neuropsychiaters	(O)	- 1.250	24
Intern., gastro-ent.	(O)	- 1.323	25
Keel-neus-oor, oog.	(O)	- 1.387	26
Klin.biologen	(O)	- 1.617	27
Gynaecologen	(O)	- 1.617	28

APPENDIX V.2.6. Gemiddelde score behaald door de onderscheiden specialisten op de variabele : Gunstige ervaring met het optreden in eigen praxis van paramedische hulpkrachten.

Specialisme	Gemiddelde score	Rang
Neuropsychiaters	+ 1.628	1
Kinderartsen	+ 1.163	2
Cardiol., longartsen	+ 0.853	3
Anesthesisten	+ 0.698	4
Fys., rrth., reumat.	+ 0.465	5
Gynaecologen	+ 0.388	6
Chirurg., orthoped.	+ 0.233	7
Huisartsen	+ 0.233	8
Intern., gastro-ent.	+ 0.078	9
Klin.biologen	- 0.543	10
Dermatoven., urologen	- 1.000	11
Mondartsen	- 1.163	12
Keel-neus-oor, oog.	- 1.550	13
Röntgenspecialisten	- 1.783	14

APPENDIX V.2.7. Gemiddelde score behaald door de onderscheiden specialisten, ingedeeld naar leeftijdscategorie op de statement : In de academische opleiding moet het accent op de algemeen medische vorming worden gelegd en in de praxis zelf moet de psycho-sociale context worden betrokken.

Specialisme	Leeftijd	Gemiddelde score	Rang
Fys., rrth., reumat.	(J)	+ 1.612	1
Neuropsychiaters	(J)	+ 1.290	2
Huisartsen	(J)	+ 1.048	3
Mondartsen	(J)	+ 0.967	4
Cardiol., longartsen	(J)	+ 0.967	5
Röntgenspecialisten	(J)	+ 0.887	6
Cardiol., longartsen	(O)	+ 0.806	7
Kinderartsen	(O)	+ 0.645	8
Kinderartsen	(J)	+ 0.645	9
Gynaecologen	(J)	+ 0.564	10
Intern., gastro-ent.	(J)	+ 0.403	11
Neuropsychiaters	(O)	+ 0.322	12
Intern., gastro-ent.	(J)	+ 0.161	13
Keel-neus-oor, oog.	(J)	+ 0.080	14
Klin.biologen	(O)	+ 0.080	15
Chirurg., ortoped.	(J)	- 0.080	16
Klin.biologen	(J)	- 0.161	17
Dermatoven., urologen	(O)	- 0.322	18
Fys., rrth., reumat.	(O)	- 0.403	19
Gynaecologen	(O)	- 0.483	20
Dermatoven., urologen	(J)	- 0.483	21
Huisartsen	(O)	- 0.564	22
Röntgenspecialisten	(O)	- 0.564	23
Keel-neus-oor, oog.	(O)	- 0.887	24
Mondartsen	(O)	- 1.209	25
Chirurg., orthoped.	(O)	- 1.290	26
Anesthesisten	(O)	- 1.774	27
Anesthesisten	(J)	- 3.064	28

APPENDIX VI.1. LIJST DER AFHANKELIJKE VARIABELEN, BETROKKEN IN DE
MULTIDIMENSIONELE SCHAALANALYSE.

Var.nr.	Omschrijving van de antwoordcategorieën
1.	a - beschouwen weinig (d.i. vijf en minder) randmedische gegevens in de praxis als routineaangelegenheid b - beschouwen veel (d.i. zes tot twaalf) randmedische gegevens als routineaangelegenheid
2.	a - inwinnen van randmedische informatie is de taak van paramedici b - idem, maar taak van de arts zelf
3.	a - in medisch teamwerk is gedeelde verantwoordelijkheid een zeer belangrijk element b - gedeelde verantwoordelijkheid is onbelangrijk
4.	a - randmedische informatie inwinnen moet routinezaak zijn b - randmedische informatie inwinnen enkel in specifieke gevallen
5.	a - voorkeur voor individuele praxis b - voorkeur voor groepspraxis
6.	a - door het toenemend aantal specialisten neemt de verantwoordelijkheid van de huisarts over een langere termijn af b - die verantwoordelijkheid blijft
7.	a - genezen is de belangrijkste taak van de arts b - niet akkoord (... helpen)
8.	a - evalueren zichzelf als zeer duidelijk preventief ingesteld b - evalueren zichzelf niet zeer duidelijk of zwak op het preventief vlak
9.	a - evalueren zichzelf zeer duidelijk in de sociaal-integratieve rolcomponent b - evalueren zichzelf niet zeer duidelijk of zwak in de sociaal-integratieve rolcomponent
10.	a - evalueren zichzelf zeer duidelijk in de informatieve rolcomponent b - evalueren zichzelf niet zeer duidelijk of zwak in de informatieve rolcomponent

11. a - evalueren zichzelf zeer duidelijk in de sociaal-opvoedende rolcomponent
 b - evalueren zichzelf niet zeer duidelijk of zwak in de sociaal-opvoedende rolcomponent
12. a - evalueren zichzelf zeer duidelijk in de psychotherapeutische/"magische" rolcomponent
 b - evalueren zichzelf niet zeer duidelijk of zwak in de psychotherapeutische/"magische" rolcomponent
13. a - vinden de academische opleiding die zij genoten in alle opzichten adequaat
 b - vinden de academische opleiding die zij genoten niet in alle opzichten adequaat
14. a - hebben nog niet ervaren dat door het optreden van paramedici de behandeling van een patiënt werd vergemakkelijkt
 b - hebben wél gunstige ervaring met paramedici
15. a - in medisch teamwerk staan zowel de samenbundeling van de technische kennis als de intense samenwerking voor het welzijn van de patiënt centraal
 b - geen bijzondere appreciatie voor beide elementen in medisch teamwerk of zelfs geen appreciatie van medisch teamwerk
16. a - in de opleiding tot arts moet het accent op de algemene geneeskunde worden gelegd en in de praxis zelf moet de arts de psycho-sociale context betrekken
 b - niet akkoord daarmee of moeilijk een oordeel te vellen

APPENDIX VI.2.

EINDCONFIGURATIE (MINISSA-I(N))

Nr. Afhankelijke Variabele	DIMENSIES (coördinaten)		
	1	2	3
1	-0.382	-0.500	0.365
2	0.056	0.014	1.030
3	-0.374	0.401	0.427
4	0.042	-1.117	0.275
5	-1.164	0.247	-0.313
6	0.681	0.809	0.427
7	1.080	0.183	0.106
8	-0.052	0.649	-0.692
9	0.765	-0.265	-0.532
10	0.168	-0.532	-0.687
11	-0.568	-0.576	-0.425
12	0.656	0.168	-0.544
13	0.774	-0.573	0.479
14	-1.065	0.140	0.658
15	-0.677	0.047	-0.596
16	0.070	0.897	0.022

Sigma 0.6539 0.5412 0.5287

Ruwe stress \bar{d} : 0.63

Stress \bar{d} : 0.15

Ruwe stress d^* : 11.45

Coeff. of alienation d^* : 0.21

APPENDIX VI.3.

FREQUENTIEVERDELING VAN DE SCORES DER ARTSEN
PER DIMENSIE

1e DIMENSIE

Score	Frequentie	Proportie
-7	4	0.3
-6	50	3.5
-5	16	1.1
-4	118	8.3
-3	152	10.7
-2	192	13.6
-1	231	16.3
0	302	21.4
1	162	11.5
2	80	5.7
3	69	4.9
4	24	1.7
5	10	0.7
6	2	0.1
7	2	0.1

2e DIMENSIE

Score	Frequentie	Proportie
-4	2	0.1
-3	25	1.8
-2	123	8.7
-1	140	9.9
0	518	36.6
1	259	18.3
2	228	16.1
3	104	7.4
4	15	1.1

3e DIMENSIE

Score	Frequentie	Proportie
-3	3	0.2
-2	35	2.5
-1	72	5.1
0	425	30.1
1	239	16.9
2	268	19.0
3	242	17.1
4	130	9.2

APPENDIX VI.4.1.

1e DIMENSIE (samenstelling) (1)

Variabele.	Coördinaten
1. Voorkeur voor individuele praxis.	1.164
2. Belangrijkste taak van de arts is niet genezen, maar 'helpen'.	1.080
3. Gunstige ervaring met paramedische tussenkomsten in eigen praxis.	1.065
4. Duidelijke kritiek op de genoten academische opleiding.	0.774
5. Zeer duidelijke zelfevaluatie in de sociaal-integratieve rolcomponent.	0.765
6. Ondanks toenemend aantal specialisten, blijft de verantwoordelijkheid over een langere termijn van de huisarts bestaan.	0.681
7. Volledige waardering van medisch teamwerk.	0.677
8. Zeer duidelijke zelfevaluatie in de psycho-therapeutische/'magische' rolcomponent.	0.656
9. Zeer duidelijke zelfevaluatie in de sociaal-opvoedende rolcomponent.	0.568
10. Veel randmedische informatie inwinnen moet routineaangelegenheid zijn.	0.382
11. Gedeelde verantwoordelijkheid in medisch teamwerk is belangrijk.	0.374

(1) De tekens bij de coördinaten werden weggelaten om de overzichtelijkheid te dienen.

APPENDIX VI.4.2.

2e DIMENSIE (samenstelling)

Variabele.	Coördinaten
1. Randmedische informatie inwinnen moet routineaangelegenheid zijn.	1.117
2. In de opleiding moet het accent gelegd worden op een algemeen medische vorming en in de praxis zelf moet de psycho-sociale context van de ziekte worden betrokken.	0.897
3. Ondanks het toenemend aantal specialisten blijft de verantwoordelijkheid over een langere termijn van de huisarts bestaan.	0.809
4. Zeer duidelijke preventieve instelling.	0.649
5. Zeer duidelijke kritiek op de genoten academische opleiding.	0.573
6. Zeer duidelijke zelfevaluatie in de sociaal-opvoedende rolcomponent.	0.567
7. Zeer duidelijke zelfevaluatie in de informatieve rolcomponent.	0.532
8. Veel randmedische informatie inwinnen moet routineaangelegenheid zijn.	0.500
9. Gedeelde verantwoordelijkheid in medisch teamwerk is belangrijk.	0.401

APPENDIX VI.4.3.

3e DIMENSIE (samenstelling)

Variabele.	Coördinaten
1. Randmedische informatie inwinnen is uitsluitend de taak van paramedici.	1.030
2. Zeer duidelijke preventieve instelling.	0.692
3. Zeer duidelijke zelfevaluatie in de informatieve rolcomponent.	0.687
4. Gunstige ervaring met het optreden van paramedici in eigen praxis.	0.658
5. Volledige waardering van medisch teamwerk.	0.596
6. Zeer duidelijke zelfevaluatie in de psycho-therapeutische/'magische' rolcomponent.	0.544
7. Zeer duidelijke zelfevaluatie in de sociaal-integratieve rolcomponent.	0.532
8. Zeer duidelijke kritiek op de genoten academische opleiding.	0.479
9. Gedeelde verantwoordelijkheid in medisch teamwerk is belangrijk.	0.427
10. Ondanks het toenemend aantal specialisten blijft de verantwoordelijkheid over een langere termijn van de huisarts bestaan.	0.427
11. Zeer duidelijke zelfevaluatie in de sociaal-opvoedende rolcomponent.	0.425
12. Veel randmedische informatie inwinnen moet een routineaangelegenheid zijn.	0.365

APPENDIX VI.4.

Voor de berekening van de scores in de hiernavolgende tabellen werd gebruik gemaakt van volgende formule :

$$Y_j = \sum_{i=1}^k \frac{\bar{X}_i - m_i}{\sigma_i} \times C_i$$

waarbij k = aantal veranderlijken met coördinaten (C_i) voor dimensie j

APPENDIX VI.4.4.

1e DIMENSIE

Gemiddelde score en rang binnen de leeftijdscategorieën der onderscheiden specialismen.

Specialisme	LEEFTIJD			
	<40 jaar		>40 jaar	
	Score	Rang	Score	Rang
Anesthesisten	+16.65	1	- 0.81	8
Klin.biologen	- 2.59	8	- 3.61	13
Cardiologen + longartsen	- 2.81	9	- 0.06	6
Chirurgen + orthopedisten	- 3.16	11	- 1.16	9
Dermato-venerol.+ urologen	- 3.42	12	- 0.05	5
Internisten + gastro-enterol.	- 2.93	10	- 1.38	11
Gynaecologen	- 2.00	7	+ 3.27	2
Neuropsychiaters	+ 1.50	4	+ 4.21	1
Keel-,neus-,oor- specialisten + oogartsen	- 4.29	14	+ 0.31	4
Kinderartsen	+ 4.21	2	+ 0.79	7
Fysiotherapeuten+ rad.rad.therapeu- ten+reumatologen	- 0.78	6	- 2.41	12
Röntgenspecialisten	- 3.99	13	- 4.03	14
Mondartsen	+ 1.40	5	- 1.25	10
Huisartsen	+ 2.03	3	+ 3.13	3

APPENDIX VI.4.5.

1e DIMENSIE

Leeftijdsverschil binnen het specialisme
(gemiddelde score en rang)

SPECIALISME	LEEFTIJD			
	<40 jaar		>40 jaar	
	Score	Rang	Score	Rang
Anesthesisten	+7.422	1	-7.422	2
Klin.biologen	-0.330	2	+0.330	1
Cardiologen+ longartsen	+1.848	1	-1.848	2
Chirurgen + orthopedisten	-1.645	2	+1.645	1
Dermato-venerol.+ urologen	-2.208	2	+2.208	1
Internisten + gastro-enterol.	-0.836	2	+0.836	1
Gynaecologen	-2.736	2	+2.736	1
Neuropsychiaters	+0.864	1	-0.864	2
Keel-,neus-,oor- specialisten + oogartsen	-1.600	2	+1.600	1
Kinderartsen	+2.596	1	-2.596	2
Fysiotherapeuten+ rad.rad.therapeu- ten+reumatologen	+3.748	1	-3.748	2
Röntgenspecialisten	-0.605	2	+0.605	1
Mondartsen	+3.958	1	-3.958	2
Huisartsen	-0.124	2	+0.124	1

APPENDIX VI.4.6.

2e DIMENSIE

Gemiddelde score en rang binnen de leeftijdscategorieën der onderscheiden specialismen.

SPECIALISME	LEEFTIJD			
	<40 jaar		>40 jaar	
	Score	Rang	Score	Rang
Anesthesisten	+13.69	1	+ 2.73	3
Klin.biologen	- 0.27	3	- 1.48	12
Cardiologen + longartsen	- 3.92	12	- 3.38	14
Chirurgen + orthopedisten	- 1.53	8	+ 2.25	5
Dermato-venerol.+ urologen	- 3.36	11	- 0.36	10
Internisten + gastro-enterol.	- 0.92	5	- 1.51	13
Gynaecologen	- 1.17	6	+ 0.63	8
Neuropsychiaters	- 0.27	4	+ 2.50	4
Keel-,neus-,oor- specialisten + oogartsen	- 4.50	13	+ 1.25	6
Kinderartsen	+ 0.99	2	- 1.42	11
Fysiotherapeuten+ rad.rad.therapeut.+ reumatologen	- 1.76	10	+ 2.97	2
Röntgenspecialist.	- 1.62	9	+ 0.47	9
Mondartsen	- 5.00	14	+ 3.25	1
Huisartsen	- 1.27	7	+ 1.23	7

APPENDIX VI.4.7.

2e DIMENSIE

Leeftijdsverschil binnen het specialisme
(gemiddelde score en rang)

SPECIALISME	LEEFTIJD			
	<40 jaar		>40 jaar	
	Score	Rang	Score	Rang
Anesthesisten	+4.766	1	-4.766	2
Klin.biologen	-0.151	2	+0.151	1
Cardiologen + longartsen	-1.083	2	+1.083	1
Chirurgen + orthopedisten	-2.033	2	+2.033	1
Dermato-venerol.+ urologen	-3.449	2	+3.449	1
Internisten + gastro-enterol.	-1.384	2	+1.384	1
Gynaecologen	-1.130	2	+1.130	1
Neuropsychiaters	+0.533	1	-0.533	2
Keel-,neus-,oor- specialisten + oogartsen	-1.883	2	+1.883	1
Kinderartsen	+1.396	1	-1.396	2
Fysiotherapeuten+ rad.rad.therapeu- ten + reumatol.	-0.539	2	+0.539	1
Röntgenspecial.	+0.343	1	-0.343	2
Mondartsen	-1.539	2	+1.539	1
Huisartsen	-0.201	2	+0.201	1

APPENDIX VI.4.8.

3e DIMENSIE

Gemiddelde score en rang binnen de leeftijdscategorieën der onderscheiden specialismen

SPECIALISME	LEEFTIJD			
	< 40 jaar		> 40 jaar	
	Score	Rang	Score	Rang
Anesthesisten	+15.18	1	- 1.21	9
Klin.biologen	- 1.37	8	- 1.88	12
Cardiologen + longartsen	- 2.23	12	- 2.63	13
Chirurgen + orthopedisten	- 1.90	10	+ 2.67	2
Dermato-venerol.+ urologen	- 1.00	6	- 4.53	14
Internisten + gastro-enterol.	- 1.24	7	- 1.58	10
Gynaecologen	- 2.13	11	+ 2.83	1
Neuropsychiaters	+ 1.26	2	+ 0.90	5
Keel-,neus-,oor- specialisten + oogartsen	- 5.17	14	- 1.18	8
Kinderartsen	+ 0.48	4	- 1.67	11
Fysiotherapeuten+ rad.rad.therapeu- ten+reumatologen	- 0.31	5	+ 2.47	3
Röntgenspecialist.	- 2.27	13	- 0.58	7
Mondartsen	- 1.84	9	- 0.46	6
Huisartsen	+ 0.56	3	+ 1.59	4

APPENDIX VI.4.9.

3e DIMENSIE

Leeftijdsverschil binnen het specialisme
(gemiddelde score en rang)

SPECIALISME	LEEFTIJD			
	< 40 jaar		> 40 jaar	
	Score	Rang	Score	Rang
Anesthesisten	+6.132	1	-6.132	2
Klin.biologen	-1.090	2	+1.090	1
Cardiologen + longartsen	+1.614	1	-1.614	2
Chirurgen + orthopedisten	-2.588	2	+2.588	1
Dermato-venerol.+ urologen	-1.788	2	+1.788	1
Internisten + gastro-enterol.	-0.938	2	+0.938	1
Gynaecologen	-3.539	2	+3.539	1
Neuropsychiaters	+1.514	1	-1.514	2
Keel-,neus-,oor- specialisten+ oogartsen	-3.734	1	+3.734	1
Kinderartsen	+3.999	1	-3.999	2
Fysiotherapeutent+ rad.rad.specialis- tent+reumatologen	+0.336	1	-0.336	2
Röntgenspecialist.	-1.142	2	+1.142	1
Mondartsen	+0.474	1	-0.474	2
Huisartsen	+0.398	1	-0.398	2

VRAGENLIJST

HOOFDSTUK I

DIT EERSTE HOOFDSTUK POOGT IN ALGEMENE TERMEN DE PERSOON VAN DE DOKTER TE OMSCHRIJVEN

(Antwoord zoveel mogelijk in termen van uw specialiteit !)

Vr. 1 : Een « goede » geneesheer kan men kennen aan :

— De appreciatie van zijn diensten door de patiënten

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moelijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

— De erkenning als goede geneesheer door zijn collega's

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— De vertrouwelijke omgang met patiënten

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— De wetenschappelijke onderzoeken die hij doet en de publikaties die hij heeft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— Zijn medische kennis

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 2 : De volgende factoren zijn :

Uiterst belangrijk... absoluut onbelangrijk voor het welslagen van de geneesheer in zijn loopbaan :

— Dragen van dokterskledij

Uiterst belangrijk	Belangrijk	± Belangrijk	Moelijk te oordelen	Niet erg belangrijk	Onbelangrijk	Absoluut onbelangrijk
1	2	3	4	5	6	7

— Vertrouwelijke omgang met de patiënten

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— Deelneming onder één of andere vorm aan het plaatselijk of regionaal verenigingsleven

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— Conversatiezin

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— Medische kennis

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— Medische ervaring

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 3 : De geneesheer beleeft het meest persoonlijke voldoening aan het oplossen van :

— Een relatief eenvoudig ziektegeval waarvoor de betrokken patiënt erkentelijk is.

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moelijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

— Een tamelijk ingewikkeld ziektegeval waarvoor de betrokken patiënt zijn erkentelijkheid **niet** uit

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 4: Welke waardering kent U toe aan:

— Een dokter die bereid is nieuwe behandelingsmethodes toe te passen (bvb. het aanwenden van nieuwe geneesmiddelen die op de farmaceutische markt verschijnen)

Ten volle waardeerb.	Waardeer- baar	± Waardeer- baar	Moelijk te oordelen	Niet volledig waardeerb.	Niet waar- deerbaar	Absoluut niet waardeerb.
1	2	3	4	5	6	7

— Een dokter die er zich eerst van overtuigt dat de behandelingsmethodes reeds voldoende door collega's werden beproefd

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

HOOFDSTUK II DE TAKEN VAN DE DOKTER

(Antwoord zoveel mogelijk in termen van uw specialiteit I)

Vr. 1.: « De meest belangrijke taak van de praktiserende dokter is de patiënt af te helpen van zijn ziekte of aandoening »

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 2.: « In zijn dagelijkse praktijk hoeft de geneesheer enige tijd te voorzien om met elke patiënt die hij ontvangt of bezoekt een kort gesprek te voeren dat niet noodzakelijk in onmiddellijk verband staat met de klachten van de patiënt ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 3.: « Ernstige familiale moeilijkheden die nochtans van rechtswege geen tegemoetkoming voorzien zouden voor de dokter een voldoende reden moeten zijn om aan een « patiënt » een medisch attest ter excuus af te leveren ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 4.: « In de medische praktijk is het gebruikelijk zich tegemoetkomend te tonen ten overstaan van patiënten die slechts bij wijze van uitzondering om een medisch voorschrift verzoeken om niet medische redenen ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 5.: « Wanneer de geneesheer een patiënt ontvangt waarvan hij vermoedt dat bepaalde familiale omstandigheden (bvb. het samenwonen met schoonouders) de mogelijke oorzaak zijn van eventueel psychosomatische aandoeningen en de patiënt zelf hier geen verband legt, moet hij de patiënt openlijk op die toestand wijzen ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 6.: « Over het algemeen is het beter dat de geneesheer een door een patiënt vermeende ernstige ziekte afwentelt naar een andere, minder ernstige ziekte, dan het de patiënt duidelijk te maken dat hij niets mankeert ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moelijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 7.: « Wanneer een patiënt bewust simuleert ziek te zijn, is het eerder aangewezen de patiënt in te volgen, dan hem er rechtstreeks op te wijzen dat hij niet ziek is ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 8.: « Voor een adequate behandeling van de patiënt is het uiterst belangrijk... absoluut onbelangrijk... dat de geneesheer de emotionele weerklank kent van de ziekte van de patiënt op diens gezin ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 9.: « Voor het herstel van een patiënt is het uiterst belangrijk... absoluut onbelangrijk... dat de geneesheer het gezin van de patiënt betreft in het contact tussen hem en zijn patiënt ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 10: « Wanneer de geneesheer informatie inwint over de hiernavolgende karakteristieken van een patiënt, hoeft hij dit te doen :

1. als een deel van routine-informatie
 2. als een deel van de informatie die de dokter enkel in specifieke gevallen inwint.
- Om uw oordeel te kennen te geven schrijf 1 of 2 naast elk van de hiernavolgende gegevens :

1 of 2				1 of 2			
1. inkomen				7. betrekkingen met vrienden			
2. genoten onderwijs				8. financiële moeilijkheden			
3. beroep				9. woonvoorwaarden			
4. aspiraties				10. vrije tijd			
5. gezinsmoeilijkheden				11. dieet			
6. morele problemen				12. vroegere behandeling			

HOOFDSTUK III

DE HUIDIGE MEDISCHE PRAKTIJK

(Antwoord zoveel mogelijk in termen van uw specialiteit !)

Vr. 1: « De medische praktijk is tegenwoordig zo zwaar belast dat de geneesheer nauwelijks of geen tijd heeft om met elke patiënt een gesprek te voeren dat geen verband houdt met de ziekte van de patiënt ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moeilijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 2: « De meerderheid van de patiënten wensen enkel dat de dokter hen afhelpt van hun aandoening en hebben geen nood aan een onderhoud dat los staat van hun onmiddellijke aandoening ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moeilijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 3: « Arbeidsdruk » en « overwerkt » worden tegenwoordig bij de geneesheer veelvuldig als motief aangevoerd om vage klachten te ondersteunen. Voor een adequate behandeling van de meerderheid van deze gevallen is een algemeen medische kennis voldoende »

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 4: « De bevolking moet tot een verstandige zienswijze opgevoed worden ten overstaan van de mogelijkheden en grenzen van de doktershulp ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

HOOFDSTUK IV

DE DOKTER-PATIËNT VERHOUDING

(Antwoord zoveel mogelijk in termen van uw specialiteit !)

Vr. 1: « Om tot een doeltreffende behandeling van de patiënt te kunnen overgaan, hoeft de verhouding tussen geneesheer en patiënt vlot te verlopen ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moeilijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 2: « Voor het behoud van een optimale, vertrouwensvolle dokter-patiënt verhouding is het wenselijk dat de dokter de beperktheid van zijn therapeutisch kunnen niet veropenbaart aan de patiënt ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 3: « Hoe meer patiënten de dokter heeft, des te beter de dokter-patiënt verhouding wordt ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 4: « Om een nauwe samenwerking van de patiënt te bekomen moet de geneesheer er over waken dat :

— de patiënt de beslissing van de geneesheer niet betwist

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— de patiënt zijn emotionele conflicten bedwingt

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— de patiënt de geneesheer idealiseert

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— de patiënt een zekere graad van afhankelijkheid van de geneesheer ontwikkelt

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— de patiënt volledig begrijpt wat de geneesheer doet

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moeilijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 5: « Voor een adequate behandeling van de patiënt is het **over het algemeen** wenselijk dat de geneesheer de patiënt onttrekt aan de invloed van zijn gezin ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 6: « De werkzaamheid van heel wat geneesmiddelen en behandelingsmethoden wordt eerder gestimuleerd door het vertrouwen van de patiënt in de geneesheer die ze voorschrijft of toedient, dan door het geloof van de patiënt in de objectieve werkzaamheid van de bewuste geneesmiddelen en behandelingen zelf ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 7: De overtuiging van de dokter dat een gegeven geneesmiddel werkelijk effect heeft bepaalt ook in grote mate het wezenlijk effect ervan op het herstel van de patiënt.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 8: De werkzaamheid van heel wat geneesmiddelen en behandelingsmethoden wordt eerder bepaald door het vertrouwen van de patiënt in de dokter dan door de objectieve werkzaamheid van die middelen zelf.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

HOOFDSTUK V

VOLGENDE VRAGEN BETREFFEN DE GESPREKSITUATIE VAN DE GENEESHEER

(Antwoord zoveel mogelijk in termen van uw specialiteit !)

(voor de kinderarts bvb. zijn de ouders van het kind meestal de gesprekspartners en is ook de moeder wel eens patiënte)

Vr. 1: Wanneer de geneesheer over het waarom van de voorgestelde therapie uitleg verstrekt, doet hij dit :

— om de patiënt gerust te stellen

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moeilijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

— om zeker te zijn dat de patiënt het voorschrift zou volgen

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— omdat de patiënt er recht op heeft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— omdat dan eerst samenwerking mogelijk is

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— om een nieuwe of ergere aandoening te voorkomen

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 2: « De meerderheid van de patiënten brengen de dokter door hun openheid in het gesprek op een spoor dat niet zuiver medisch is, maar dat nuttig is bij het stellen van een diagnose ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moelijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 3: « Uitleg geven aan de patiënt doet over het algemeen meer kwaad dan goed ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 4: Het publiceren in tal van dag- en weekbladen van medische artikelen doet over het algemeen meer kwaad dan goed.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 5: « De medische uitzendingen van de onderscheiden T.V. zenders zijn, als een noodzakelijke informatie aan het brede publiek, aan te moedigen ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 6: « Het staat de dokter vrij een patiënt die een ziekte voorwendt, al dan niet uitleg te geven over zijn weigering een medisch attest af te leveren ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 7: « Wanneer een « patiënt » openlijk bekend dat hij niet ziek is, maar wegens zekere moeilijkheden om een medisch voorschrift verzoekt, is de dokter niet verplicht zijn weigering nader te omschrijven ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 8: « Het intelligentiepeil van de patiënt bepaalt grotendeels of de dokter tot een gesprek zal overgaan dat niet louter de aandoening van de patiënt betreft ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 9: « In de regel zal de dokter eerder een gesprek van niet-medische aard voeren met patiënten die op een ongeveer gelijk intelligentieniveau staan als hij dan met andere ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 10: « Over het algemeen is het aangewezen dat de dokter eventueel op het einde van het gesprek aan zijn patiënt volgende vraag stelt: « Wat verwacht U nu van mij? »

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

HOOFDSTUK VI

DE PREVENTIE

Vr. 1: « Ziektepreventie is als medische activiteit in de eerste plaats eerder een activiteit van openbare gezondheidsdiensten dan van de praktiserende geneesheer ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moelijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 2 : « Preventie veronderstelt alleszins een zekere kennis vanwege de geneesheer over de houding van de patiënt ten overstaan van ziekte en gezondheid en dit is een faktor die in de geneeskundige praktijk nog onbestaande is ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moeilijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 3 : « Aangezien de preventie van een ziekte rechtstreeks gecorreleerd is met de aard van de ziekte zelf en met haar sociale bij-oorzaken, is er geen bijzonder reden om de medico-sociale preventie in afzonderlijke cursussen te onderrichten ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 4 : « In de tegenwoordige praktijk is de vraag voor ziektebehandeling zo groot dat nauwelijks enige tijd kan besteed worden om zich met preventie bezig te houden ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 5 : « Bovendien is de specifieke kennis die nodig is om aan medico-sociale preventie te doen op dit ogenblik nog zo beperkt dat de tijd van de geneesheer veel beter besteed wordt aan louter curatieve zorg ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 6 : « Welk belang kent U toe aan de hieronder opgesomde diensten van preventieve geneeskunde ? »

— bevolkingsonderzoeken over diabetes, tuberculosis, enz.

Uiterst belangrijk	Belangrijk	± Belangrijk	Moeilijk te oordelen	Niet erg belangrijk	Onbelangrijk	Absoluut onbelangrijk
1	2	3	4	5	6	7

— medisch toezicht van jonge arbeiders

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— medisch schooltoezicht

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— medische sportonderzoeken

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 7 : Welk belang hecht U aan :

— vaccinaties tegen polio, difteritis, tetanus, enz.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— regelmatig algemeen preventief medisch onderzoek in de private praktijk

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 8 : « De patiënten wensen tegenwoordig enkel zo vlug mogelijk van hun ziekte verlost te worden ; zin voor een preventief optreden van de geneesheer hebben zij niet, zodat er dan ook geen reden bestaat opdat de geneesheer bij zijn patiënten nadruk zou leggen op het voorkomen van ziekten ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moeilijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

HOOFDSTUK VII

TEAMWORK IN HET KADER VAN DE CURATIEVE GENEESKUNDE

(Antwoord zoveel mogelijk in termen van uw specialiteit !)

A. Medisch teamwork in het algemeen

Vr. 1 : Welk belang hecht U aan de hiernavolgende elementen die in een medisch team optreden :

— de gedeelde verantwoordelijkheid in de zorg aan de zieke

Uiterst belangrijk	Belangrijk	± Belangrijk	Moelijk te oordelen	Niet erg belangrijk	Onbelangrijk	Absoluut onbelangrijk
1	2	3	4	5	6	7

— de samenbundeling van de technische kennis

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— de intense samenwerking voor het welzijn van de patiënt

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 2 : « De geneesheer die in een team samenwerkt met een psycholoog, een sociale werker, een verpleegster of ander para-medisch personeel moet eerder een uitgesproken directie dan een coördinerende positie innemen opdat de behandeling effectief zou zijn ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moelijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 3 : « Vindt U dat het inwinnen van inlichtingen over milieufactoren in verband met de ziekte van een patiënt over het algemeen de taak is van :

— de sociale assistente

— de (medisch) secretaris

— de verpleegster

— de geneesheer

Vr. 4 : Het inwinnen van dergelijke informatie is

— een specifiek in te winnen informatie behorende bij specifieke aandoeningen

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moelijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

— een specifiek in te winnen informatie behorende bij bepaalde ziekten

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— routinewerk

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 5 : Wanneer zich een patiënt bij de dokter aanbiedt met vage klachten en de dokter vermoedt dat enkel beroepsomstandigheden er de oorzaak van zijn, is het eerder aangewezen de patiënt naar een terzake bevoegd persoon (een sociaal raadgever bvb.) te verwijzen, dan te pogen zelf die moeilijkheden op te lossen.

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moelijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 6 : Gelieve het belang uit te drukken dat U toekent aan de aanwezigheid van de vermelde beroepen in de hieronder aangeduide diensten. (Gelieve geen enkele puntenschaal te vergeten ! Dit is zeer belangrijk).

— De aanwezigheid van een **sociaal assistent(e)** is

In een ziekenhuis

Uiterst belangrijk	Belangrijk	± Belangrijk	Moeilijk te oordelen	Niet erg belangrijk	Onbelangrijk	Absoluut onbelangrijk
1	2	3	4	5	6	7

In de private praktijk van de huisarts

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

In de private praktijk van de specialist

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— De aanwezigheid van een **sociaal verpleegster** is

In een ziekenhuis

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

In de private praktijk van de huisarts

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

In de private praktijk van de specialist

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— De aanwezigheid van een **verpleegster** is

In een ziekenhuis

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

In de private praktijk van de huisarts

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

In de private praktijk van de specialist

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

— De aanwezigheid van een **psychologisch assistent** is

In een ziekenhuis

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

In de private praktijk van de huisarts

Uiterst belangrijk	Belangrijk	± Belangrijk	Moeilijk te oordelen	Niet erg belangrijk	Onbelangrijk	Absoluut onbelangrijk
1	2	3	4	5	6	7

In de private praktijk van de specialist

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

B. Teamwerk met collega's.

Vr. 1 : Naar welke vorm van medische praktijk gaat uw voorkeur :

— individuele praktijk (waarom ?)

— groepsgeneeskunde

Groepsgeneeskunde : uitgeoefend door 2 of meer geneesheren, die de verbintenis hebben aangegaan, rechtmatig te komen in de kusten verbonden aan het medisch equipment, alsook in de zorgen verleend aan de gemeenschappelijke patienten. De globale inkomsten worden bovendien, ingevolge een gemeenschappelijk akkoord, rechtmatig verdeeld.

Vr. 2 : Hoeft, afgezien van uw voorgaande keuze, het team of de groep samengesteld te zijn uit : (1)

- enkel omnipractici
- enkel specialisten van dezelfde specialiteit
- enkel specialisten van verschillende specialiteiten
- omnipractici + specialisten.

Vr. 3 : In het laatste geval, aan wie hoort, naar uw mening, de coördinatie toe in de groep :

- aan een omnipracticus
- aan een specialist
- aan een omnipracticus + een specialist
- aan een heterogeen comité

Te beantwoorden door hen die de groepsgeneeskunde verkiezen.

Vr. 4 : De groepsgeneeskunde is te verkiezen boven de individuele geneeskunde omdat : (geef de criteria een rangnummer te geven) :

- | | Rangnummer |
|---|------------|
| — zij de geneesheer in staat stelt zijn kennis te verrijken | |
| — zij van aard is de geneeskundige zorgen beter te spreiden over de verschillende medische specialiteiten | |
| — zij de financiële inspanning van de individuele geneesheer verlicht | |
| — zij de kwaliteitszorg ten goede komt | |
| — zij de geneesheer toelaat zijn activiteiten te plannen | |
| — zij de geneeskundige praktijk efficiënter maakt | |

HOOFDSTUK VIII

DE SPECIALISATIE IN DE MEDISCHE PRAKTIJK

(Antwoord zoveel mogelijk in termen van uw specialiteit !)

Vr. 1 : « In de hedendaagse medische praktijk zijn er voldoende geneesheren-specialisten opdat de omnipracticus niet langer meer een verantwoordelijkheid over een lange termijn voor zijn patiënten zou hoeven te dragen ».

Volledig akkoord	Akkoord	± Akkoord	Moeilijk te oordelen	Niet volledig akkoord	Niet akkoord	Absoluut niet akkoord
1	2	3	4	5	6	7

Vr. 2 : « De medische studies zouden meer op specialisatie dan op de algemene praktijk moeten gericht worden ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 3 : « De vraag naar medische verzorging is tegenwoordig zo groot en de specialisatie voldoende geëvolueerd dat de omnipracticus veel beter zijn tijd besteedt aan echt zieke patiënten, dan aan emotionele gevallen ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 4 : « Psychiatrische behandeling is voor de meerderheid der patiënten meer een recent luxusartikel dan een werkelijke noodzaak ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 5 : « Voor een geneesheer is het belangrijker dat hij zijn technische kennis perfectionneert dan dat hij zijn ervaring met de persoon en het milieu van de patiënt verrijkt ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 6 : De specialisatie van het medisch beroep is een gevolg van een zich steeds verder ontwikkelende techniek. Dit manifesteert zich ook in de farmacologie waar een uitgebreide gamma van farmaceutica het werk van de geneesheer langs om meer vergemakkelijkt. Zo laat het gebruik van sedativa de geneesheer toe gevallen van lichte hypertensie succesvol te behandelen.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 7 : « Een specialist voor neus-, keel- en oorziekten zou over het algemeen minder effectief zijn bij een routine-huisbezoek dan een omnipracticus ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Vr. 8 : « Het kader van medico-sociale diensten is in de moderne samenleving reeds zo uitgebreid dat de dokter zijn tijd niet meer hoeft te verliezen om problemen van persoonlijke, familiale of professionele aard van de patienten te bespreken of op te lossen ».

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

DEEL II

Dit deel van de vragenlijst omvat een reeks vragen die betrekking hebben op zekere activiteiten die U ontplooit en op eventuele contacten met collegae, met para-medisch personeel en met de zieken zelf.

Voor de meeste vragen hoeft U enkel een X te plaatsen, te onderlijnen wat past en bij uitzondering een zeer bondig antwoord te verstrekken.

(De vakjes rechts aan de rand zijn codevakjes door de onderzoeker in te vullen.)

HOOFDSTUK I

DOCUMENTATIE-ACTIVITEITEN

Vr. 1 : Wanneer U zich naast het overleg met collegae over bepaalde ziekte-toestanden in medische publikaties documenteert, zijn het dan :

- Standaardwerken op het gebied van de algemene geneeskunde
- Specialisatiewerken
- Algemeen medische tijdschriften
- Specialistische medische tijdschriften

Vr. 2 : Welke van de vier genoemde documenten helpen U doorgaans het best ?

- algemene standaardwerken
- specialisatiewerken
- algemeen medische tijdschriften
- specialistische tijdschriften

Vr. 3 : Woonde U reeds :

- locale of regionale
 - nationale
 - internationale
- } medische congressen of colloquia bij ?

Vr. 4 : Indien ja, was dat :

- op algemeen medisch vlak
- op het gebied van uw specialiteit
- op het gebied van een andere medische richting dan de uwe (welk ?)

Vr. 5 : Volgde U reeds post-universitaire leergangen op medisch gebied ?

Ja — neen

Vr. 6 : Indien ja, was dat :

- op algemeen medisch vlak
- op het gebied van uw specialiteit
- op het gebied van een andere medische richting dan de uwe (welk ?)

Vr. 7 : Gelieve in de hieronder vermelde medische richtingen in orde van belangrijkheid er drie aan te duiden waarvoor U, behalve voor uw eigen vak, nog een bijzondere belangstelling koestert (aanduiden met 1+ = meest belangstelling, 2+..., 3+...).

Gelieve er ook drie aan te duiden waarvoor U het minst belangstelling hebt (1— = minst belangstelling, 2—..., 3—...).

- | | | | |
|-----------------------------|-------|-----------------------|-------|
| 1. Anesthesiologie | ..... | 11. Orthopaedie | ..... |
| 2. Biologie | ..... | 12. Neus, keel, oor | ..... |
| 3. Cardiologie | ..... | 13. Kindergeneeskunde | ..... |
| 4. Heelkunde | ..... | 14. Fysiotherapie | ..... |
| 5. Dermato-Venereologie | ..... | 15. Pneumologie | ..... |
| 6. Maag- en Darmgeneeskunde | ..... | 16. Radiologie | ..... |
| 7. Gynaecologie | ..... | 17. Reumatologie | ..... |
| 8. Inwendige geneeskunde | ..... | 18. Stomatologie | ..... |
| 9. Neuro-psiatrie | ..... | 19. Urologie | ..... |
| 10. Oogheelkunde | ..... | 20. Andere (welke ?) | ..... |

Vr. 8 : Gelieve in orde van belangrijkheid drie niet-medische gebieden op te sommen waaraan U, zo U er de tijd voor vindt, een bijzondere belangstelling hecht of bepaalde activiteiten ontplooit (hetzij door lectuur, hetzij door actief optreden, enz.).

1.
2.
3.

HOOFDSTUK II

CONTACTEN MET COLLEGAE

Vr. 1 : Gelieve in de hiernavolgende tabel :

- 1^o Drie geneeskundige specialiteiten (ook omnipraktijk) aan te duiden (kolom 1) met de welke U zelf in de loop van uw praktijk het veelvuldigst contact opneemt voor advies/informatie, consult, verwijzen (kolommen 2., 3. en 4.). (1)
- 2^o Aan te duiden in kolommen 5. en 6. of die samenwerking op contractuele grond gebeurt of enkel occasioneel is. (2)

- (1) advies/informatie = een momentele moeilijkheid of lichte twijfel met betrekking tot een patiënt en zijn aandoening, waarvoor U een collega hetzij mondeling, telefonisch of schriftelijk zijn oordeel vraagt.
- consult = persoonlijke ontmoeting tussen arts en arts met het oog op een gezamenlijk overleg omtrent een ziekte en zijn aandoening.
- verwijzen = een patiënt naar een collega sturen, die hem op zijn beurt onderzoekt. Dit verwijzen geschiedt al dan niet ten behoeve van een titel.
- (2) contractuele grond : Ingevolge schriftelijk akkoord of uit gewoonte in stilzwijgend vertrouwen samen te werken met één of meerdere collega's.

Specialiteit 1.	Het veelvuldigst voor			Samenwerking is	
	Advies/ Inform. 2.	Consult 3.	Verwijzen 4.	Contr. 5.	Occas. 6.
1.
2.
3.

Vr. 2 : Geschieden de contacten met collegae voor advies/informatie hoofdzakelijk :

mondeling — schriftelijk — telefonisch

Vr. 3 : Gelieve in **benaderende procenten** aan te duiden voor hoeveel van uw ziektegevallen U **tijdens** een tijdsverloop van bvb. **één jaar** :

Benaderende Procenten

- uitsluitend persoonlijk optreedt
- U bij collegae om advies of informatie verzoekt
- U met collegae in consult komt
- U de patiënt zelf naar collegae verwijst

Vr. 4 : Wanneer U, hetzij voor informatie of advies, hetzij voor consult, een collega hebt gecontacteerd, voelt U zich dan verplicht de opinie van die collega zonder reserve te aanvaarden ?

Nooit — zelden — vaak — meestal — altijd

Vr. 5 : Wanneer U, na behandeling van een patiënt, volgens de voorschriften die U door een collega op uw verzoek verstrekt werden, gewaar wordt dat de behandeling weinig of geen resultaat opleverde :

- voelt U zich dan persoonlijk verantwoordelijk
- oordeelt U dat uw collega eerder verantwoordelijk is.

HOOFDSTUK III

VOLGENDE VRAGEN BETREFFEN EVENTUELE HULPKRACHTEN DIE U IN UW PRAKTIJK TER BESCHIKKING HEBT

A. De vragen 1 en 2 zijn te beantwoorden door geneesheren die vaste of occasionele hulpkrachten ter beschikking hebben (de hulp van de echtgenote, hoe belangrijk die ook moge zijn, hoeft niet vermeld te worden, tenzij zij houdster is van een van de hierna vermelde diploma's) ⁽¹⁾.

Vr. 1: Welke van de hieronder opgesomde categorieën hulpkrachten:

Staan U terzijde in uw private praktijk	Is dit... Vast of Occas	Worden U ter beschikking gesteld in de instelling(en) waar U uw praktijk uitoefent
I. Grad. verpleegster, verpleegster, zieken- oppasser, vroedvrouw kinderverzorgster, enz.
II. Sociaal verpleegster, sociaal assistent(e), enz.
III. Med. secretaris, secre- taris, enz.
IV. Psychologisch assistent, psycholoog, enz.
V. Diëtist, kinesist, audio- logist, laborant, enz.

Vr. 2: Welke van de hierboven door U aangeduide hulpkracht(en) treden rechestreks in contact met uw patiënten voor het inwinnen van inlichtingen van persoonlijke, familiale of professionele aard.

Categorie I - II - III - IV - V

B. Enkel te beantwoorden door geneesheren die geen vaste of occasionele hulpkracht(en) ter beschikking hebben.

Vr. 3: Kwam het U reeds voor dat U in de uitoefening van uw praktijk een patiënt verwees naar:

- een ergo-therapeut diëtist, logopedist enz. **ja - neen**
- een sociaal verpleegster, een sociaal assistent enz. **ja - neen**
- een psycholoog, een psychologisch assistent **ja - neen**
- een familiale helpster **ja - neen**
- een medico-sociale dienst **ja - neen**

(1) Geefte dit door (echt) te vermelden op de passende stippelijne.

C. Door iedereen te beantwoorden :

Vr. 4 : Hebt U reeds rechtstreeks ondervonden, dat de behandeling van een patiënt vergemakkelijkt werd, door het optreden van :

- een sociaal verpleegster **ja - neen**
- een sociaal assistent **ja - neen**
- een psycholoog **ja - neen**
- een familiale helpster **ja - neen**
- een medico-sociale dienst **ja - neen**

Vr. 5 : Vindt U, dat het optreden van hulpkrachten, zoals...

	...gespecialiseerd aandoet	of zoudt U normaliter ook zo handelen
sociale verpleegsters
sociale assistenten
psychologische assistenten
verpleegsters

HOOFDSTUK IV

CONTACTEN MET PATIENTEN

Vr. 1 : Welke patiënten behandelt U...

	het liefst	het minst graag	om het even	het moeilijkst	het gemakk.	om het even
Patiënten die U enkel als patiënt kent
Patiënten die U als vriend kent
Nieuwe patiënten
Patiënten die U reeds kent
Patiënten met laag intelligentiepeil
Patiënten met middel- matig intelligentiepeil
Patiënten met hoog intelligentiepeil
Jonge patiënten
Oudere patiënten
Patiënten met louter lichamelijke kwaal
Patiënten met psychosomatische kwaal
Emotionele gevallen
Patiënten uit hogere sociale lagen
Patiënten uit de middenklasse
Patiënten uit lagere sociale lagen

Vr. 2 : Gelieve op de volgende vraag te antwoorden door onder elk van de gepresenteerde situaties A - B - C en D, een X te plaatsen naast **twee** adjectieven die U voorkomen als het best passend bij de betreffende situatie (duid dus twee adjectieven aan per situatie).

VRAAG : Hoe beoordeelt U **over het algemeen** patiënten :

- A. Die vooraleer U zelf een diagnose stelde of een heelmiddel (behandeling) voorschreef, reeds voor zichzelf diagnosticeerden en bovendien om een bepaald medicament verzoeken.
- B. Die aan U alleen het initiatief laten en geen uitleg vragen.
- C. Die aan U alleen het initiatief laten, doch wel om uitleg vragen.
- D. Die aan U alleen het initiatief laten, doch enigszins uw beslissingen in twijfel trekken.

Situatie A		Situatie B	
1. actief	.....	1. bescheiden	.....
2. angstig	.....	2. coöperatief	.....
3. arrogant	.....	3. gemakzuchtig	.....
4. coöperatief	.....	4. gereserveerd	.....
5. dominerend	.....	5. goedaardig	.....
6. egocentrisch	.....	6. lovenswaardig	.....
7. emotioneel	.....	7. niet-coöperatief	.....
8. ondernemend	.....	8. ondoordacht	.....
9. vervelend	.....	9. sympathiek	.....

Situatie C		Situatie D	
1. coöperatief	.....	1. actief	.....
2. defensief	.....	2. agressief	.....
3. gecomplexeed	.....	3. defensief	.....
4. nieuwsgierig	.....	4. emotioneel	.....
5. prijzenswaardig	.....	5. gecomplexeed	.....
6. rationeel	.....	6. individualistisch	.....
7. rechtmatig	.....	7. niet-coöperatief	.....
8. vervelend	.....	8. nuttig	.....
9. vooruitziend	.....	9. rationeel	.....

HOOFDSTUK V

SOORTEN PATIENTEN

Nota : 1. Voor alle vragen worden enkel **benaderende procenten** gevraagd.

2. Zo het U vanuit het oogpunt van uw specialiteit, onmogelijk is bepaalde procenten te verstrekken, **gelieve dit te vermelden a.u.b.**.

Vr. 1 : Hoeveel van uw patiënten bezoekt of ontvangt U ?

Per ziektegeval	Benaderend
— 1 à 2 maal
— 3 à 4 maal
— 5 à 6 maal
— meer
	100 %

Vr. 2 : Hoeveel procent van uw patiënten bezoekt of ontvangt U ?

Per jaar	Benaderend
— 1 à 2 maal
— 3 à 4 maal
— 5 à 6 maal
— meer
	100 %

Vr. 3 : Hoeveel % van uw patiënten hebt U, te rekenen vanaf het eerste contact, 1 à 3 dagen... in behandeling ? (ongeacht de frequentie van de bezoeken).

Benaderend

- 1 à 3 dagen
- een week
- twee weken
- een maand
- twee maanden
- vier maanden
- zes maanden
- langer

100 %

Vr. 4 : Geeft u uw patiënten in te delen naargelang U :

Benad. %

- één enkel persoon van het gezin behandelt
- twee personen van hetzelfde gezin behandelt
- gans het gezin behandelt

100 %

Vr. 5 : Verstreekt U soms, buiten het weten van uw patiënt, raadgevingen of uitleg aan zijn gezinsleden ?

ja — neen

Zo ja, doet U dit dan (In orde van belangrijkheid nummeren van 1 tot 6) (1 = het meest belangrijk).

Rangnummer

- om betere samenwerking van de patiënt te bekomen
- om alleszins zeker te zijn dat de patiënt uw voorschriften zou volgen
- om de gezinsleden op hun plichten te wijzen
- om te voorkomen dat de gezinsleden zelf de kans zouden lopen ziek te worden
- om te voorkomen dat de patiënt eventueel hervalt
- andere (welke) ?

Vr. 6 : Gelieve uw patiënten in te delen naargelang de gezondheidstoestand van het gezin.

	Benad. %
— gezond . . . . .	.....
— af en toe een kleine ziekte . . . . .	.....
— ziekelijk . . . . .	.....
	100 %

Vr. 7 : Kunt U ze ook indelen naargelang U denkt dat zij uw voorschriften :

	Benad. %
— nauwgezet volgen . . . . .	.....
— min of meer volgen . . . . .	.....
— niet volgen . . . . .	.....
	100 %

Vr. 8 : Idem naar U denkt dat zij :

	Benad. %
— een goed begrip hebben van een hygiënische levenswijze . . . . .	.....
— er min of meer begrip voor hebben . . . . .	.....
— er helemaal geen begrip voor hebben . . . . .	.....
	100 %

Vr. 9 : Idem naar sociale laag waartoe zij behoren :

	Benad. %
— arbeidersklasse
— kleine burgerij
— burgerij
— gegoede burgerij
— zeer gegoede burgerij
	100 %

Vr. 10 : Op hoeveel schat U het procent van uw patiënten die, moesten zij enigszins alge-
tehygiënischer leven, geen zorgen zouden behoeven ?

..... %

Vr. 11 : Op hoeveel schat U het procent van uw patiënten die, moesten zij een enigszins gees-
teshygiënische levenswijze leiden, geen zorgen zouden behoeven ?

..... %

DEEL III
ALGEMENE INLICHTINGEN

HOOFDSTUK I

KEUZE VAN UW STUDIE

Vr. 1 : Op welk tijdstip dacht U er reeds ernstig aan geneeskunde te studeren :

- vóór aanvang van humaniora
- tijdens humaniora
- na behalen van uw humaniora-diploma
- andere (specificeren a.u.b.)

Vr. 2 : Wie zette U er in het bijzonder toe aan geneeskunde te studeren :

- ouders
- familie
- vrienden ten huize
- persoonlijke vriend
- schoolmakker
- leraar
- dienst beroepsoriëntering
- eigen keuze
- andere (specificeren a.u.b.)

Vr. 3 : Zo het uw eigen keuze was, kunt U dan zeggen WAT er U vooral toe bracht ?

(Vb. lectuur, prestige van het beroep, belangstelling om het vak als wetenschap, hulp aan medemens, financiële overwegingen, enz...).

.....

.....

.....

(Vragen 4, 5, 6 enkel door omnipraktici te beantwoorden.)

Vr. 4 : Wanneer besliste U de omnipraktijk te kiezen en niet te specialiseren :

- reeds tijdens uw humaniorastudies
- in de loop van uw candidatuursjaren
- in de loop van uw doctoraatsjaren
- tijdens uw stageperiode
- na het behalen van uw diploma van geneesheer

Vr. 5 : Wie spoorde er U toe aan de omnipraktijk te kiezen :

- ouders
- familie
- vrienden ten huize
- persoonlijke vriend
- studiemakker
- hoogleraar
- eigen keuze
- andere (specificeren a.u.b.)

Vr. 6 : Zo het uw eigen keuze was, kunt U dan zeggen WAT er U vooral toe bracht ?

(Vragen 7, 8, 9 en 10 **enkel door geneesheren-specialisten** te beantwoorden.)

Vr. 7 : Zijt U : — reeds erkend specialist of

— specialiseert U zich nog

Vr. 8 : Welke specialiteit(en) beoefent U en hoelang reeds ?

	Specialiteit(en)	Hoelang (in jaren)
1.
2.
3.
4.
5.

Vr. 9 : Wanneer besliste U zich te specialiseren en niet de omnipraktijk te kiezen :

- reeds tijdens uw humaniorastudies
- in de loop van uw candidatuurjaren
- in de loop van uw doctoraatsjaren
- tijdens uw stageperiode
- na het behalen van uw diploma van geneesheer
- in de loop van uw praktijk van omnipracticus

In dit laatste geval, hoeveel jaren omnipraktijk had U reeds ?

Vr. 10 : Wie spoorde er U toe aan te specialiseren ?

- ouders
- familie
- vrienden ten huize
- persoonlijke vriend
- studiemakker
- hoogleraar
- collega
- eigen keuze
- andere (specificeren a.u.b.)

Vr. 11 : Zo het uw eigen keuze was, kunt U dan zeggen WAT er U vooral toe bracht ?

HOOFDSTUK II

STUDIEMILIEU

Vr. 1 : Diplomajaar :

Vr. 2 : Is, naar uw oordeel, uw academische opleiding in de traditionele gebieden van de geneeskunde adequaat geweest ?

Ja — neen

Vr. 3 : Indien neen, wat ontbrak naar uw oordeel aan die opleiding ?

Vr. 4 : Had U veel persoonlijke contacten met uw professoren-geneesheren tijdens uw studies ?

Ja — Neen

Vr. 5 : Waren ze vaak uw persoonlijke raadgever ?

Ja — Neen

Vr. 6 : Welke specialiteit heeft U in de loop van uw studiejaren (stage inbegrepen) vooral geboeid ? (desgevallend meerdere aanduiden)

HOOFDSTUK III

PERSOONLIJKE EN FAMILIALE ACHTERGROND

Vr. 1 : Sexe : Man — Vrouw

Vr. 2 : Leeftijdsgroep :

21-25 jaar	61-65 jaar
26-30 jaar	66-70 jaar
31-35 jaar	71-75 jaar
36-40 jaar	76-80 jaar
41-45 jaar	81-85 jaar
46-50 jaar	86-90 jaar
51-55 jaar	91-95 jaar
56-60 jaar	

Vr. 3 : Beroep van vader

Vr. 4 : Beroep van moeder

Vr. 5 : Beroep van grootvader langs vaderzijde

Vr. 6 : Hebt U broers of zusters of familieleden die omnipracticus, specialist, tandarts, enz. zijn...

	Broer(s) en/of zuster(s)	Familie lid (leden)
1. Omnipracticus
2. Specialist
3. Tandarts
4. Apotheker
5. Para-medisch beroep
6. Geneeskundige studies
7. Para-medische studies

HOOFDSTUK IV

ALGEMEENHEDEN OVER UW PRAKTIJK

Vr. 1 : Hoeveel jaren praktijk hebt U op dit ogenblik ?

Vr. 2 : Oefent U uw praktijk hoofdzakelijk of het langst uit

- op het platteland
- in een kleine stad (— 25.000 inwoners)
- in de stad (meer dan 25.000 inwoners)

Vr. 3 : Oefent U op dit ogenblik :

- private praktijk uit
- praktijk verbonden aan een medische instelling
- praktijk verbonden aan een niet-medische instelling

Vr. 4 : Oefent U een ambt uit .

- aan een dienst van preventieve geneeskunde
- aan een dienst van openbare hygiëne

Vr. 5 : Zijt U ook verbonden aan medische instellingen of lid van verenigingen met louter medisch-wetenschappelijk studie-karakter ?

Ja — Neen

Vr. 6 : Milieu waarin uw cabinet(ten) gelegen is (zijn) :

- platteland
- stad : - arbeidersmilieu
 - klein burgerlijk milieu
 - burgerij milieu
 - milieu gegoede burgers

Vr. 7 : Gelieve aan te duiden hoeveel tijd U gemiddeld **PER MAAND** besteedt aan :

	In uren	of	In dagen
Consultaties in cabinet(ten)
Ziekenbezoek teri huize
Ziekenbezoek in kliniek
Consult met collega's
Preventief geneeskundig onderzoek
Briefwisseling collega's
Labowerk
Studiewerk
Inspectie en controle
Onderwijs
Admin. werk (mutualiteit, fiscus)
Vergaderingen op medisch vlak

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- APPELS, A. : "Het hartinfarct een cultuurziekte ?". In :
"Tijdschrift voor Sociale Zekerheid", n°.50, 1972, blz.
446-448.
- BARKER, L.F. : "The specialist and the general practitioner".
In : "The Journal of the American Medical Association",
Vol.73, n°.11, March 18, 1922, blz. 775-776.
- BECKER, H.S., GEER, Bl. : "The fate of idealism in medical
school". In : "American Sociological Review", Vol.23, Feb.
1958, blz. 50.
- BECKER, H.S., GEER, Bl., HUGHES, E.C., STRAUSS, A.L. : "Boys in
White. Student culture in medical school", Chicago, 1961.
- BERGSMA, I. : "Gezonde communicatie. Interdisciplinaire en an-
dere communicatie in de gezondheidszorg". Lochem, 1971.
- BERNT, I.J.A. : "Groepspraktijken en Gezondheidscentra".
Rotterdam, 1973.
- CASSEE, E.Th. : "Naar de dokter. Enkele achtergronden van ziek-
tegedrag en gezondheidszorg". 1973, blz. 113 en vlg.
- DOHERTY, E.G., HARRY, J. : "Structural dissensus in the therapeu-
tic community". In : "Journal of Health and Social Behavior",
Vol.17, n°.3, Sept. 1976, blz. 272-279.
- DOORN, J.A.A.(VAN) : "Het medisch ventiel voor maatschappelijk
falen". In : "Sociologische Gids", 3, 1956, blz. 152-157.
- DON, C., COLLETTE, P., HIMAR, N.A. : "Career interests and Expec-
tations of U.S. Medical Students". In : "Journal of Medical
Education", Vol.32, Aug. 1957, blz. 557-563.
- DROGENDIJK, A.C. : "Huisarts en geneeskunde in verleden, heden
en toekomst". Haarlem, 1965, blz. 23 en vlg.
- EBERT, R.H. : "Medical Education at the University". In :
"Views of Medical Education and Medical Care". Edited by
J.H.KNOWLES. Cambridge, 1968, blz. 117 en vlg.
- ENDE, W.J.(VAN DEN), MERENS-RIEDSTRA, A.S. : "Onderlinge relaties
tussen de artsen die betrokken zijn bij de behandeling van
hartinfarctpatiënten". Leiden, 1972.

- FIELD, G. : "Structured strain in the role of the Soviet Physician". In : "The American Journal of Sociology", Vol.38, n°.5, March 1953, blz. 493-502.
- FIELD, M. : "Patients and People. A medical-social approach to prolonged illness". New York and London, 1967, blz. 15.
- FOX, C. : "Training for uncertainty". In : "The Student-Physician". Introductory studies in the sociology of medical education. Uitgegeven door R.K.MERTON, G.READER and P.L.KENDALL. Cambridge, 1957, blz. 207-241.
- FREEMAN, H.E., LEVIN, S., REEDER, L.G. : "Handbook of Medical Sociology". New York, 1963, blz. 306.
- GRAAF, A.C.(DE) en PHILIPSEN, H. : "Berichtgeving over lichamelijke en geestelijke gezondheid in vijf landelijke ochtendbladen". In : "Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde", n°.45, 1976, blz. 722-732.
- GOOR, I.A.(VAN) : "Huisarts en preventieve gezondheidszorg". Assen, 1961, blz. 43.
- HAESAERT, J. : "Essai de sociologie". Les Editions Lumière, s.d., Gent, Blz. 114.
- HAMMOND, K.F., KERN, Fr. : "Teaching comprehensive medical care: a psychological study of a change in medical education". Cambridge, 1959, blz. 157.
- HOFF, F. : "Bestand und Wandel in Artzlichen Denken". In : "Hippokrates", 25 Jahrgang, 31 August 1954, Heft 16, blz. 496.
- JANSSENS, H. : "Arts en Patiënt" IV. In: "De Standaard", 1 mei 1964.
- JOHNSON, W.M. : "The training of the general practitioner". In : "Canadian Medical Association Journal", Vol.62, 1950, n°.1, blz. 9.
- LAMBERTS, H. : "Samenwerken in een team. Een routebeschrijving door een ruig landschap". In : "Huisarts en Wetenschap", n°.17, 1974, blz. 15-23.
- LAMMERS, C.J. : "De huisarts en zijn patiënt. Een sociologische voorstudie". Sociaal Wetenschappelijke Verkenningen, 1957. ISONEWO.

- LARSEN, D.E.; ROOTMAN, I. : "Physicians role performance and patient satisfaction". In : "Social Science and Medicine", Vol.10, n°.1, Jan. 1976, blz. 29-32.
- LEDERER, H.D. : "How the Sick view their World". In : "The Journal of Social Issues", Vol.8, 1952, blz. 254-255.
- MACGREGOR, F.C. : "Some psychological hazards of plactic surgery of the face". In APPLE, D. : "Sociological Studies of Health and Sickness". London, 1960, blz. 145-153.
- MELKER, R.A.(DE) : "Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin". Nijmegen, 1973.
- MENZEL, H., COLEMAN, J., KATZ, E. : "Dimensions of being 'Modern' in Medical Practice". In : "Journal of Chronic Diseases", Vol.9, n°.1, Jan. 1959, blz. 34 en vlg.
- NEUFFER, H. : "Gedanken über den Artz un unseren Zeit". In : "Artzliche Mittheilungen", 43 Jahrgang, Heft 15, 12 april 1958, blz. 379-380.
- NUYENS, Y. : "Grenzen aan de medische macht". Horizonreeks, n°.31, Leuven, 1976, blz. 52.
- PERSOON, J.M.G. : "Veranderingen in de patiënt-huisartsenrelatie". 1972.
- PETERS, W. : "Der Artz in unseren Zeit". In : "Artzliche Mittheilungen", 41 Jahrgang, Heft 12, 21 April 1956, blz. 327.
- PHILIPSEN, H. : "De omvang en complexiteit van algemene ziekenhuizen". In : "De gewone ervaring leert al anders". Afscheidsbundel ter nagedachtenis aan Prof. A.N.J. den Hollander. Alphen aan den Rijn, 1976, blz. 152-171.
- QUERIDO, A. : "Inleiding tot de integrale geneeskunde". Leiden, 1955.
- QUERIDO, A. : "Voordrachten over sociale geneeskunde". 1958.
- QUERIDO, A. : "Geneeskunst in transcendentie". In : "Werken in uitvoering. Een keur uit de geschriften van Prof.A. Querido". Amsterdam, 1970.
- REDLICH, F.C. : "Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie". In : "Der Kranke in der modernen Gesellschaft" (A.MITSCHERLICH e.a. Herausgeber) 1973.

- ROBINSON,G.C. : "The patient as a person. A study of the social aspects of illness". New York, 1939, blz. 408.
- ROMANO,J. : "Requiem or Reveille. The Clinician's Choice". Presented at the 73rd Annual Meeting of the Association of American Medical Colleges. Los Angeles, Oct. 30 1962 (overgenomen met toestemming van de uitgever).
- ROSKAM,Edw.E. : "A documentation of MINISSA-I(N)". Report 75 MA 15 alias Program Bulletin, nr.12 (rev.ed.), August 1975, Department of Psychology, Katholieke Universiteit, Nijmegen, 33 + 8 p.
- SIGERIST,H.E. : "Introduction à la médecine". Paris, 1932, blz. 133.
- SOUDIJN,K.A. : "Kennisproblemen bij psychotherapieën". In : "Kennis en Methode", Jg.1, 1977, n°.1, blz.21-36.
- STEINEBACH,Dr. : "Artzliche Aufgaben Gestern und Heute". In : "Artzliche Mittheilungen", Vol.41, Heft 12, 21 April 1956, blz. 330.
- SWARTE,J.H. "Diskriminatie van geesteszieken". In : "Maandblad voor de geestelijke Volksgezondheid", n°.23, 1968, blz. 421-426.
- THEIL,P. : "Pour le meilleur ou le pire ? L'information médicale du 'grand public' ".In ECK,M. : "Le médecin face aux risques et à la responsabilité". (Textes réunis...) Paris, 1958.
- WEIJEL,J.A. "Medische psychologie". Utrecht, 1961.
- WERKGROEP Alternatieve Economie : "Dure Geneeskunde ? - Economische Aspecten van de Gezondheidszorg in België". Leuven, 1975.
- WILSON,G. : "The disadvantages and limitations of clinic or group medicine". In : "The Journal of the American Medical Association", June 24, Vol.78, n°.25, blz. 1922.
- ZWEERS-WIERSMA,A.C. : "Huisarts en geestelijke gezondheid". Boom-Meppel, 1968, blz. 84.